Rok LIII. Kraków, dnia 4 lipca 1914 Nr 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

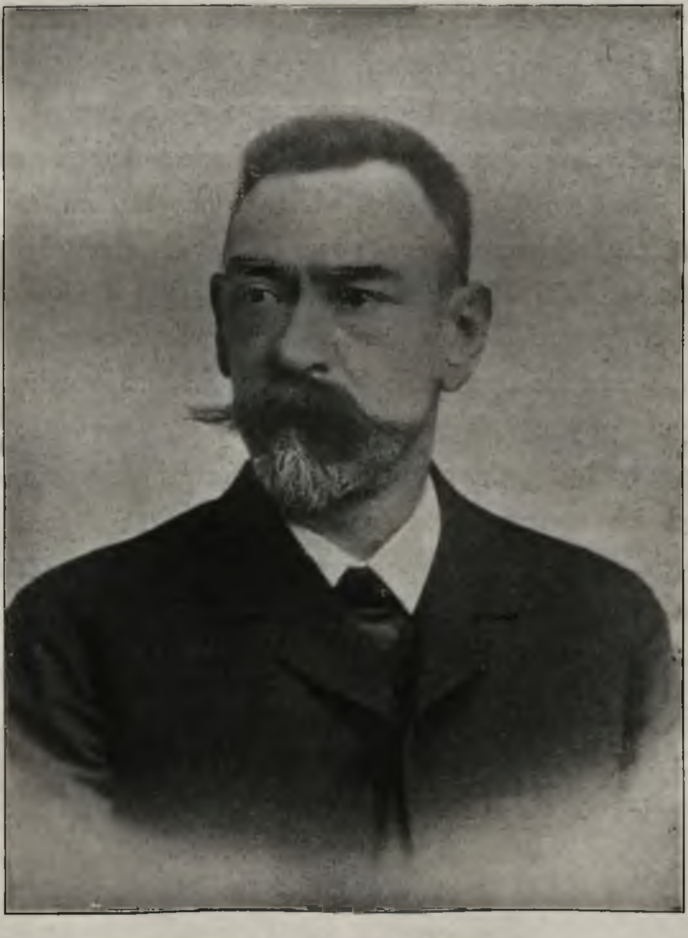
CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

PROFESOROWI PRZEMYSŁAWOWI PIENIĄŻKOWI

NA CZTERDZIESTOLECIE PRACY ZAWODOWEJ I NAUKOWEJ A TRZYDZIESTOPIĘCIOLECIE PRACY NAUCZYCIELSKIEJ.



PROF. DR PRZEMYSŁAW PIENIĄŻEK.

Czcigodny Panie Profesorze!

Choć od głośnego wyrazu hołdu i wdzięczności dla siebie usuwają się ludzie niepospolici, to jednak ufamy, że nie wzbronisz przecie uczynić zadość szczerej potrzebie serc Twych kolegów, współpracowników, uczniów i wychowańców, aby Ci w czterdziestą rocznicę Twej pracy złożyli skromny upominek, związany z umiłowanym Twym przedmiotem.

Krzewiłeś wśród nas Twą piękną naukę, jak pierwszy oracz ugoru, a uczyłeś patrzeć na ludzkie cierpienie nietylko okiem badacza i nieść w niem ulgę nietylko sztuką lekarza, ale i litościwą ręką współczującego cierpieniu człowieka. Uczyłeś nietylko subtelnego badania i kunsztownego wykonawstwa, ale i tego, że celem ma być zdobycie prawdy i w niem nagroda, że zadaniem lekarza ma być ludzkość, nie szukająca wdzięczności ani rozgłosu; uczyłeś własnym przykładem, że niema ani tak złych warunków pracy, ani tak skromnych środków, ani takich trudności i przeszkód, w którychby wola i umiejętność działania, talent i wiedza, zapał i umiłowanie sprawy nie zdołały najpiękniejszych zdobywać plonów. Kroczyłeś prostą i cichą drogą obowiązku, nie słowem, lecz czynem ucząc, że spełnienie obowiązku jest najszlachetniejszą treścią życia.

W dniu dzisiejszym, gdy oglądniesz się na swój pracowity, nauce i ludzkości poświęcony żywot, prosimy, byś zachował w pamięci swych dawnych i teraźniejszych uczniów, szczęśliwych, żeś był ich nauczycielem, swych kolegów, chlubiących się, że Ciebie mieli w swem gronie i wielu, wielu lekarzy polskich, dumnych, że dzięki Tobie w całym świecie zasłynęło imię polskie.

Przemysław Wiktor Odrowąż Pieniążek urodził się 2. października 1850 w Warszawie, nauki gimnazyalne odbywał i ukończył w gimnazyum św. Anny w Krakowie w r. 1869, również w Krakowie studyował medycynę. Osiągnąwszy dyplom doktora wszech nauk lekarskich w r. 1874, następne cztery lata spędził w Wiedniu, pracując zrazu w szpitalu powszechnym na oddziałach prof. Löbla i Dr Scholza, przyczem równocześnie kształcił się w laryngologii i rynologii pod kierunkiem prof. Schröttera i prof. Störka (1875), następnie studyując dalej ten przedmiot już jako aspirant na klinice prof. Schröttera. W r. 1876 został elewem kliniki prof. Ducheka, nie przerywając studyów laryngologicznych pod kierunkiem prof. Schröttera i prof. Schnitzlera. W r. 1877 objął stanowisko asystenta w klinice prof. Störka, w końcu pracował jeszcze w klinice prof. Bambergera. Habilitowawszy się w Krakowie na zasadzie rozprawy o mechanizmie zamknięcia głośni w stanach prawidłowych i patologicznych, mianowany został docentem laryngologii w r. 1879. Od tego czasu rozpoczął niezmiernie doniosłą działalność dydaktyczną, naukową, praktyczną i piśmienniczą, która uczyniła jego nazwisko jednem z najgłośniejszych we współczesnej laryngologii wszechświatowej. W r. 1888 mianowany został profesorem nadzwyczajnym (bezpłatnym), w r. 1902 otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego. Profesor Pieniążek był dwukrotnie prezesem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, którego też jest członkiem honorowym; członkiem honorowym mianowało Go również Towarzystwo laryngologiczne w Berlinie i Towarzystwo lekarskie w Łodzi. W r. 1894 uzyskał u Sejmu po usilnych staraniach utworzenie oddziału laryngologicznego w szpitalu św. Łazarza, którego został mianowany prymaryuszem; Jego też wytrwałym staraniom zawdzięcza Wszechnica krakowska utworzenie kliniki laryngologicznej. Pierwsze lata działalności Profesora Pieniążka były nadzwyczaj trudne; laryngologia była tylko gościem na oddziałach szpitalnych, przeznaczonych dla innych chorych, wykłady i ćwiczenia odbywały się w salce kliniki chorób skórnych. Ale i po wywalczeniu osobnego oddziału miała laryngologia łącznie z otyatryą do rozporządzenia zaledwo 10 łóżek etatowych, pomieszczonych w naziemnym parterze pawilonu chirurgicznego, niemal w suterenie, w pokojach szczupłych, zawsze przepełnionych, z których jeden musiał służyć zarazem i za kancelaryę, i za ambulatoryum, i za salkę operacyjną... Oddział byłby wyposażony w urządzenia mniej, niż skromne, gdyby nie jego Kierownik, który własnym kosztem zaopatrywał go w narzędzia i zaspokajał wiele potrzeb. Pomimo tych fatalnych wprost warunków zewnętrznych ma ten oddział swoją świetną historyę, na której kartach zapisały się pierwszorzędne zdobycze w zakresie laryngologii, zgromadzenie niezmiernie cennego materyału, arcydzieła zabiegów endolaryngealnych. Dopiero przed kilku laty uzyskał prof. Pieniążek nieco lepsze pomieszczenie swego oddziału w starym, a tylko odnowionym budynku, w którym niegdyś był oddział zakaźny, aż nareszcie wieloletnie wytrwałe starania zaledwo teraz uwieńczone być mają skutkiem w postaci osobnego, współcześnie urządzonego gmachu klinicznego.

Z owych-to jednak skromnych oddziałów wyszły prace ich Kierownika i Jego uczniów, które nazwisko Profesora Pieniążka uczyniły znanem w całym świecie, może najbardziej znanem zagranicą ze wszystkich nazwisk lekarzy polskich, — prace, które wywalczyły polskiej laryngologii pierwszorzędne stanowisko.

Stosowanie ciepła względnie zimna
jako środka leczniczego w schorzeniach górnych dróg oddechowych i ucha.

Napisał

Aleksander Baurowicz.

Stosowanie ciepła, względnie gorąca czy zimna, rozumie się przedewszystkiem jako działanie zewnętrzne w postaci przykładek, a dodatkowo w postaci wdychiwań pary wodnej, zawierającej nadto różne środki lecznicze, płukań i przepłukiwań ciepłych, zapuszczań do ucha kropli ogrzanych, wyjątkowo nie ogrzanych, wreszcie chłodu czy zimna jako rozpylania płynu ciepłoty pokojowej, a nawet niższej, oraz przełykania płynów o nizkiej ciepłocie lub kawałeczków lodu. Ogólnie powiedzieć można, iż o wiele częściej jest wskazane stosowanie ciepła, względnie gorąca. Niemniej i działanie zimna nieraz oddaje nam nieocenione usługi lecznicze, ale zalecone nieodpowiednio (podobnie, choć rzadziej, odnosi się to i do gorąca), przynosi szkodę. Każde leczenie wymaga zresztą krytycznego ocenienia danego przypadku, względnie odnośnego czasu w przebiegu danej sprawy chorobowej.

W celu wywołania działania rozgrzewającego posługujemy się okładem wilgotnym pod ceratką, najlepiej z grubej warstwy waty, umoczonej w rozczynie octanu glinowego o ciepłocie pokojowej. Okład należy dokładnie wycisnąć, tak, by już żadna kropla wygnieść się nie dała, później przyłożyć plastycznie na okolicę, gdzie chcemy działać rozgrzewająco; następnie okład ten przykrywamy pojedynczym kawałkiem batystu Billrotha, tak dużym, by przechodził brzegi okładu i ustalamy go chustką odpowiednio złożoną, względnie opaską kalikotową. Uszczelnienie okładu powinno być dokładne, by parowanie odbywać się mogło bez oziębienia się okładu; gdy skończy się parowanie, okład wprawdzie jeszcze jest ciepły, ale działa już za słabo rozgrzewająco, tak iż trzeba go zmienić. Podobnie przykłada się okład rozgrzewający, używając waty nakropionej spirytusem. Aby ochronić skórę, praktycznie jest szczególnie w tym, ale i w poprzednim razie, posmarować skórę tłuszczem. Ciepło, sprowadzone tego rodzaju okładami, jest łagodne, wystarczające jednak w zwykłych sprawach zapalnych, względnie w początkowym okresie.

Tam, gdzie chodzi o energiczne działanie przeciwzapalne, jak w początku zapalenia, zmieniamy okład często. Przeciwzapalnie działa też okład tak zwany wysychający, który robimy podobnie, ale bez nakrycia batystem, tylko na wygnieciony okład wilgotny kładziemy warstwę waty suchej i dopiero okrywamy chustką lub opaską, albo, jak to bywa najczęściej przy nieżytowem ostrem zajęciu krtani, względnie tchawicy, używamy ręcznika, którego jeden koniec nawilgacamy wodą o zwykłej ciepłocie, nieraz z dodatkiem soli i znowu dokładnie wodę wygniatamy; długość zmoczonej części ręcznika powinna odpowiadać szerokości przedniej, względnie bocznych części szyi, a pozostałą suchą częścią ręcznika owijamy kilkakrotnie szyję, starając się wilgotną warstwę uszczelnić.

By wywołać znaczny wpływ ciepła, stosujemy okład gorący, tak zwany kataplazm. Sporządza się go najpraktyczniej z makuchu ze siemienia lnianego, zarabiając je po dokładnem rozdrobnieniu wrzącą wodą w ilości potrzebnej do zarobienia na gęste ciasto, które wkładamy do kawałka płótna, nadając mu wielkość, zależną od okolicy, na którą okład ma być przyłożony. Ponieważ okład taki zrazu bywa za gorący, nieraz trzeba z początku podłożyć warstwę suchej waty, a wogóle starać się, by kataplazm nie był za wilgotny, bo wtedy prędzej się oziębia, a także łatwiej maceruje skórę. I przy gorących okładach, robionych na wilgotno, praktycznie jest dla ochronienia skóry posmarować ją tłuszczem. Przy suchych gorących okładach należy skórę wpierw posypać pudrem. Okład gorący na sucho robi się z kwiatu rumianka wsypanego do woreczka; podobnie używają suchego gorącego piasku. Do kataplazmu, zrobionego na wilgotno, używać można także otrębów, zawsze zresztą pamiętając, by okład nie był za wilgotny. Bez porównania praktyczniejszą jest przykładka termoforowa, której różne wielkości ułatwiają bardzo zastosowanie, która trzyma znacznie dłużej ciepło, a nigdy nawet z samego początku nie bywa tak gorąca, jak kataplazm zwykły, choć i tu nieraz podkładamy warstwę waty. Bardzo ważnem jest i przy okładzie gorącym, by okład dokładnie przylegał na właściwem miejscu, i dlatego przykładając go n. p. na okolicę za kątem szczęki dolnej, trzeba okład ułożyć ukośnie ku górze poza małżowinę uszną, przymocowując go na szczycie głowy.

Okład zimny stosujemy w postaci przykładek z waty lub warstw płótna, moczonych w zimnej wodzie, względnie w zimnym rozczynie octanu glinowego lub trzymanych na lodzie, dalej w postaci woreczka napełnionego kawałeczkami lodu. Za ucho praktycznie sporządza się okład zimny z kawałka suchego grubego jelita, który na jednym końcu dokładnie zawiązujemy tasiemką, napełniamy drobnymi kawałeczkami lodu, na drugim końcu znowu zakładamy tasiemkę, pamiętając o górnym końcu, jako słabiej uszczelnionym, by z końca tego nie wyciekała woda. Brzegi małżowiny usznej osłaniamy paskami z waty, by niepotrzebnie małżowiny nie oziębiać, coby nawet sprawiało choremu przykrość.

W celu działania zimnem, względnie ciepłem, stosowane bywają także przyrządy z przepływem wody, a dalej w celu działania ciepłem przyrządy ze światłem elektrycznem.

Obok tego działania ciepłem, gorącem, względnie zimnem od zewnątrz w ścisłem tego słowa znaczeniu, stosujemy także ciepło w postaci wdychiwań z pary wodnej, płukań gardła ciepłych, zakraplań ogrzanych kropli do ucha; działanie chłodem (względnie cieczą o ciepłocie otoczenia) stosujemy wyjątkowo jako krople do ucha, a dalej w postaci rozpylania leku rozpuszczonego we wodzie lub w parafinie. Gdy wskazane jest działanie silniejszem zimnem, używamy kawałków lodu lub płynów oziębionych do przełykania; niekiedy przełykania płynów zimnych używamy nie jako środka leczniczego, ale jako środka chwilowo działającego łagodząco.

Szczególną wartość ma działanie zimna w przypadkach krwawienia samoistnego, względnie po zabiegach operacyjnych, wykonanych na pewnych miejscach, wreszcie po urazie.

Najczęstszemi sprawami chorobowemi, wymagającemi działania leczniczego w postaci okładów, są sprawy zapalne gardła, poczynając od zwyczajnych nieżytów, to znaczy zaczerwienienia i lekkiego obrzmienia łuków podniebiennych, języczka, oraz śluzówki gardła na ścianie tylnej, najczęściej ograniczone do kępek gruczołowych lub jeszcze częściej do wstęg gruczołowych na ścianie bocznej. Dalej sprawy zapalne w samym migdałku z mniejszym lub większym udziałem sąsiedztwa, najczęściej jako zapalenia pryszczykowe migdałka podniebiennego, którym tak często towarzyszy rozszerzanie się sprawy zapalnej na gruczoł czy gruczoły chłonne na szyi. We wszystkich tych stanach najlepiej działać od zewnątrz okładem rozgrzewającym, uszczelniając nim dokładnie okolicę szyi poza kątem szczęki. Okład taki należy jednak z początku zmieniać często, mniej więcej co godzinę, by działać energicznie przeciwzapalnie; obok tego zalecamy płukania gardła płynami ciepłymi i wogóle przełykanie przeważnie płynów ogrzanych lub co najmniej ciepłoty pokojowej. W razie ogólnej tkliwości gardła przy przełykaniu, a nawet i wyraźniejszej bolesności, bardzo kojąco działa rozpylanie rozczynu 1% kwasu borowego o ciepłocie pokojowej z dodatkiem 0·10% kokainy. O ile sprawa zapalna jest ograniczona, względnie w pierwszych kilku czy kilkunastu godzinach, zaleca się dokładne zapędzlowanie miejsc zajętych kuleczką z waty, zanurzonej w nalewce jodowej, obok podania aspiryny (unikać popijania wodą alkaliczną); zwłaszcza jeśli towarzyszą sprawie, jak to najczęściej bywa, gorączka i dreszcze, możemy zadziałać poronnie z wielkim efektem.

Ponieważ przy stanach zapalnych w gardle w toku płonicy tak często udziela się zakażenie gruczołom chłonnym na szyi, przeto w takich przypadkach, jak wogóle zawsze, gdy gruczoły chłonne są powiększone i tkliwe lub bolesne, najskuteczniej zadziałamy okładem chłodnym z octanu glinowego, często zmienianym. Gdzie zropienie gruczołu na szyi jest nieuniknione, tam będą wskazane okłady gorące, zanim będziemy mogli gruczoł nakłuć lub naciąć i ropę wyciągnąć. Dzielnym lekiem przeciwgnilnym przy sprawach rozpadowych gardła w płonicy są rozpylania do gardła $^1/_2$% rozczynu rezorcyny o ciepłocie pokojowej, podobnie przy błonicy, gdzie znów zamiast ulubionego płukania ciepłym rozczynem kwasu borowego, bardzo skutecznie działa płukanie 1% rozczynem kwasu malonowego, mającego też wartość zapobiegawczą w błonicy. Natomiast wszelkie pędzlowania gardła w płonicy są

zbyteczne, a dla chorego przykre. Zbyteczne są one i w błonicy, choć w jej początku — a nierównie częściej zdarzy się to przy pryszczykowem zapaleniu migdałków — nie sprzeciwimy się domowemu środkowi, jak dotykanie miejsc zajętych sokiem cytrynowym, ewentualnie z dodatkiem gliceryny, a zwłaszcza płukanie z dodatkiem soku z cytryny i jego przełykanie, uznając dzielne działanie lecznicze kwasów owocowych wogóle.

Tam gdzie sprawa zapalna z charakterem głębszym, usadowiona, jak zwykle w tych razach, w jednym migdałku podniebiennym, albo, co częściej, w okolicy okołomigdałkowej, każe nam się domyślać początku ropnia, możemy zrazu działać okładem rozgrzewającym i zapędzlować zajęte miejsce nalewką jodową. Jeżeli jednak stwierdzimy już postęp w sprawie zapalnej tak co do objawów miejscowych jak i uczucia bólu, lepiej odrazu zalecić okłady gorące i płukania ciepłe, a unikanie przełykań zimnych, bo tylko przez energiczne działanie gorąca doprowadzamy sprawę najszybciej do końca i chory doznaje pod działaniem gorąca ogromnej ulgi w swem cierpieniu. Bardzo przyjemnem płukaniem jest odwar ciepły z korzeni ślazowych, byle był dostatecznie rzadki; obfite ślinienie zwalczymy płukaniem słabiutkim ciepłym rozczynem siarkanu cynku, łyżeczka n. p. z 1% rozczynu na $1/2$ do $1/4$ szklanki wody ciepłej.

Takie same sprawy chorobowe toczyć się mogą także w migdałku językowym, względnie w tkance okołomigdałkowej na korzeniu języka; leczenie będzie w takich przypadkach podobne, a więc zastosujemy miejscowo nalewkę jodową, okład rozgrzewający, względnie okład gorący na górną część szyi i okolicę podszczękową. Obok tego skuteczne jest rozpylanie ciepłe, a jeszcze bardziej wdychiwanie z dodatkiem kokainy, by działać głównie kojąco. Unikać należy o ile możności przełykania płynów zimnych, dozwalając co najwyżej na płyny o ciepłocie pokojowej.

Sprawa zapalna w tkance około migdałka podniebiennego, o ile usadawia się w łuku przednim i przedniej powierzchni podniebienia miękkiego, obok cechy klinicznej szczękościsku i zwłaszcza, gdy już zacznie się ropienie nacieku, występującego obrzęku języczka, jest wogóle dla działania gorąca dostępniejsza, niż sprawa ropna w łuku tylnym, bez szczękościsku i przy mniejszem szerzeniu się obrzęku na języczek; ropień tego rodzaju, choć mniejszy, zawsze przewleka się, a towarzyszyć mu może rozszerzenie się obrzęku wzdłuż fałdu, biegnącego w dół na bocznej ścianie gardła, ku fałdowi nagłośniowo-gardłowemu, a stąd na fałd nalewkowo-nagłośniowy i dalej na szczyt chrząstki nalewkowatej. Obrzęk ten towarzyszący przy sprawie zapalnej jednostronnej zwykle niema znaczenia, przy obustronnej może utrudniać oddech; ograniczony do samej powierzchni nagłośni, jak przy sprawach zapalnych w migdałku językowym, na korzeniu języka lub w tkance okołomigdałkowej, również niema znaczenia.

Przy sprawach zapalnych w migdałku gardłowym trudniej zastosować ogrzanie, chyba ogrzewanie głowy z góry, zalecone zapomocą światła elektrycznego w leczeniu ropienia ostrego zatoki klinowej, o czem jeszcze wspomnę; zresztą do jamy nosowogardłowej możemy dostać się drogą nosa, stosując rozpylania, a nawet wziewania, przyczem obok wpływu ciepła wchodzi w rachubę także wpływ leczniczy zastosowanych środków.

Przeciw zapaleniu ślinianki podszczękowej, jak i przyusznej, najskuteczniej działa okład chłodny pod ceratką, często zmieniany, podobnie przy miąższowem zapaleniu języka. Przy zapaleniu miąższowem języka łagodzimy objawy, stosując chłodne płyny, a nawet lód. O ile jednak stwierdzimy już znamiona ropnia w języku, dnie jamy ust, czy wreszcie ropienie w tkance podszczękowej lub we wspomnianych śliniankach, działać będziemy okładami gorącymi, polecając też w przypadkach ropnia w języku, względnie w dnie jamy ust, trzymanie w ustach płynów ciepłych.

Przy sprawach septycznych na szyi wskazane są okłady zimne, a nawet z lodu.

Przy zapaleniu gruczołu tarczowego zastosujemy okład pod ceratką, względnie okład gorący.

Ropnie gardła, powstające wskutek zropienia gruczołu chłonnego, cechują się powolnym przebiegiem. Sadowiąc się zwykle w jednej połowie gardła bliżej bocznej części gardła, albo nawet głównie w ścianie bocznej poza łukiem podniebiennym tylnym, są one dostępne energicznemu działaniu zapomocą okładów gorących. Pamiętać jednak należy, by okład leżał dokładnie poza kątem szczęki, ogrzewając boczną i górną część szyi.

Ropień pozaprzełykowy właściwy, pochodzący z zapalenia okostnej przedkręgowej, przewleka się zawsze bardzo i wymaga trzymania szyi w jednostajnej ciepłocie, ewentualnie w odpowiednim czasie okładu gorącego.

Sprawa rozlanego zapalenia w tkance podśluzowej gardła, zajmującego głównie ścianę tylną i boczną gardła, tak w części gardła środkowej, jak i górnej i dolnej, a nieraz także brzeg podniebienia miękkiego i tylną jego powierzchnię, wymaga okładu chłodnego, często zmienianego, albo okładu wysychającego, albo wreszcie utrzymywania szyi w jednostajnej ale miernej ciepłocie, przez lekkie okrycie szyi watą lub obwiązanie chustką, zwłaszcza jedwabną. Natomiast na samą błonę śluzową gardła w przypadkach takich działać należy łagodząco płynami chłodnymi w postaci płukań lub rozpylań; zbyt zimne wpływają jednak raczej szkodliwie. Tu nieraz wypadnie się kierować uczuciem podmiotowem, stosując ciepłotę płynów zależnie od uznania chorego.

Przy sprawie zgorzelinowej w gardle, względnie w tkance okołomigdałkowej, zastosujemy zewnętrznie na szyję okład chłodny często zmieniany albo też okład wysychający obok płukania i przełykania płynów chłodnych, kierując się i tu w obniżeniu ciepłoty płynów podmiotowem uczuciem chorego; nadto zalecić należy rozpylania chłodne z rezorcyny 1%.

Przechodzę do spraw zapalnych w krtani. Zapalenie ostre nieżytowe śluzówki krtani, względnie także i tchawicy, leczyć będziemy głównie ciepłemi wziewaniami, przełykaniem ciepłych płynów, a zewnętrznie na szyję chętnie stosujemy okład wysychający, który, o ile zrobimy go zaraz z początku zapalenia, działa skuteczniej; zresztą ograniczymy się do trzymania szyi w jednostajnej ciepłocie, okrywając szyję okładem suchym.

Przy ostrem zapaleniu nagłośni, a szczególnie przy ropniu na nagłośni, mianowicie zawsze spotykanym na jej

stronie przedniej czyli językowej, będziemy się starali działać rozgrzewająco, a nawet w postaci kataplazmów na górną środkową część szyi, ale głównie zastosujemy wdychiwania ciepłe i ciepłe płyny, unikając płynów zimnych, a nawet tylko chłodnych.

Przy zapaleniu w błonie podśluzowej fałdu nalewkowonagłośniowego, przechodzącem niekiedy w wytworzenie się ropnia, w którem stale też towarzyszy mniejsze lub większe zajęcie zapalne, względnie obrzmienie okolicy szczytu chrząstki nalewkowatej, lepiej od zewnątrz ograniczyć się do okładu chłodnego często zmienianego, by wstrzymywać szerzenie się obrzęku, a co do stosowania zimna trzeba być bardzo ostrożnym, mianowicie przy stosowaniu od wewnątrz, gdyż zwłaszcza w okresie mającym się ku zropieniu nacieku działa ono drażniąco, zwiększając obrzęk; lepiej trzymać się rozpylań i płynów o ciepłocie pokojowej. O ile sprawa zapalna zajmuje tylko fałd nalewkowonagłośniowy i tkankę podśluzową w okolicy chrząstki nalewkowatej jednej strony, to wprawdzie już znaczniejszy obrzęk tych części może utrudnić oddech, dopiero jednak przy obustronnem zajęciu stać się może groźnym. Nieraz dla przyspieszenia nieuniknionego zropienia wypadnie stosować gorąco i gdy okład gorący był wskazany, spostrzegać można, jak sprawa się ogranicza, a i chorzy podmiotowo uczuwają też wielką ulgę.

W zapaleniu ostrem okolicy podstrunowej zalecać należy wdychiwania pary, by działać głównie odwilżająco, gdyż zasychająca wydzielina zwiększa zwężenie okolicy podgłośniowej. Również ze skutkiem zaleca się nasycanie powietrza w pokoju chorego parą wodną, przez parowanie z rozwieszonego zmoczonego, a niezbyt wyżętego prześcieradła. Do tego jedynie środka musimy się nieraz ograniczyć u dzieci. Przeciwzapalnie stosujemy nadto wziewania $^1/_2$ % roztworu siarkanu cynku z dodatkiem 0·05 % morfiny, oczywiście nie u dzieci; narkotyk ewentualnie podamy także wewnętrznie, by uspokoić zbyt szybkie oddychanie. Zewnętrznie na krtań działamy okładem wysychającym.

Podobnie i przy błonicy krtani czy tchawicy, głównie działamy wdychiwaniami ciepłemi z pary, stawiając na pierwszem miejscu 1 % roztwór rezorcyny, obok wdychiwań rozpuszczających i odwilżających, jak z wody wapiennej, a na krtań zewnętrznie stosujemy okład wysychający.

Przy zapaleniu ostrem ochrzęstnej krtani, cierpieniu na szczęście rzadko spotykanem, czasem jako samoistne, a najczęściej jeszcze w przebiegu duru brzusznego, postępowanie zależy od usadowienia się sprawy; naprzykład przy usadowieniu się jej na zewnętrznej stronie płyty chrząstki tarczowatej moglibyśmy działać ciepłem energiczniej. Zresztą ograniczyć się należy do okładu zimnego często zmienianego lub nieraz do okładu wysychającego i do rozpylań kojących o ciepłocie pokojowej, a co do stosowania zimna od wewnątrz w postaci przełykań kawałków lodu, czy płynów oziębionych, należy być bardzo ostrożnym, by nie wywołać odczynu w postaci obrzęku. Tam, gdzie musiało być dokonane założenie rurki tchawiczej, obawa więc obrzęku niema znaczenia, wskazane będą okłady gorące, by jak najprędzej doprowadzić do zebrania się ropnia i ewentualnie oddzielenia się martwaka; stosowanie zimna wtedy byłoby bezcelowe, a nawet pogarszałoby przebieg.

Pomijając ropnie ostre w okolicy skóry przedsionka nosa, przeciw którym musimy działać okładami gorącymi, działać należy przy zapaleniu okostnej rusztowania nosa okładem zimnym, względnie z lodu.

Różę skóry nosa, przechodzącą nieraz na skórę przedsionka, a nawet w głąb na śluzówkę jamy nosowej, najskuteczniej zwalczymy okładami z octanu glinowego z lodu, często je przykładając; ewentualnie też zalecimy zakładanie do nozdrzy czopków z waty, napojonej octanem glinowym.

Ostre zajęcie zatok bocznych nosa wymaga energicznego stosowania okładów gorących, aż do zupełnego ustania bólów i wydzieliny. Przy zajęciu zatoki szczękowej, czołowej i komórek sitowych daje się gorąco z łatwością stosować w postaci przykładki termoforowej, obok forsownego podawania aspiryny, a nadto połykania w dużej ilości ciepłych płynów. Przeciw zajęciu zatoki klinowej ze skutkiem, podobnie jak w ostrem zapaleniu jamy nadgardłowej, o czem już wspomniałem, działamy gorącem na szczyt głowy, w postaci hełmu, zawierającego lampki elektryczne. Rozumie się, iż przy ostrem zajęciu zatoki szczękowej, o ile przypuszczamy przyczynę w zębie, zaczniemy od usunięcia zęba i działać będziemy okładami gorącymi, aż do zupełnego ustąpienia objawów zajęcia jamy, ewentualnie stosując równocześnie przez otwarty zębodół płukanie jamy ciepłymi roztworami; do tego celu, nawet w przypadkach przewlekłych, także i przy zajęciu innych jam używamy zawsze płynów ciepłych. Równie w przypadkach przewlekłych, o ile sprawa się nasila, obok utorowania wolnego odpływu ropie ku jamie nosowej, możemy próbować działania gorąca, które nietylko chwilowo może złagodzić objawy, ale nawet zadziałać korzystnie leczniczo, zwłaszcza gdy, jak przy ropieniu zatoki szczękowej, usuniemy ząb chory. Tam jednak, gdzie, jak przy zajęciu zatoki czołowej czy klinowej, zajęta jest kość albo istnieje powikłanie ze strony czaszki, albo gdzie są objawy ze strony oczodołu, jako wyraz powikłania od zatoki czołowej lub sitowej, czy wreszcie klinowej, okłady gorące nietylko nie byłyby na czasie, aleby nawet szkodziły.

Energicznem i wytrwałem działaniem gorąca wyleczyćby można każde ostre zajęcie zapalne jam bocznych nosa, o ileby leczenie rozpoczęto wcześnie i nie zaniedbano go, co jednak niestety tak często się zdarza, iż chorzy zgłaszają się o poradę już z cierpieniem przewlekłem, albo trwającem od tygodni. Jednakże i w takich sprawach dłużej trwających, jak wspomniałem, jeżeli są jeszcze objawy ostrzejsze, jak bóle, możemy próbować energicznego ogrzewania, nieraz ze skutkiem.

W błoniczem zajęciu jamy nosowej kojąco działają okłady chłodne, a dzielnie leczniczo działa $^1/_2$ % rezorcyna rozpylona lub też zakraplana do nosa.

W ostrym nieżycie nosa należy stosować ciepłe rozpylania czy zakraplania, albo też pary, niezbyt jednak gorące. Nie zaniedbamy też zaraz w pierwszym dniu na noc podać aspirynę, obok obfitej ilości gorącego płynu, by przez działanie napotne przerwać, względnie skrócić czas trwania nieżytu. Przy przewlekłych nieżytach nosa należy płyny stosowane do przepłukiwania nosa, czy też

do rozpylań, przedtem miernie ogrzewać, a jedynie przy rozpylaniu leków, rozpuszczonych w parafinie zapomocą przyrządu Turkera, Vaasta lub Parke-Davis, stosujemy ciepłotę pokojową.

W ostrych stanach zapalnych śluzówki jamy ustnej łagodząco działają płyny chłodne lub o ciepłocie pokojowej; o ile tkliwość zębów na użycie ich nie pozwala, zalecimy płyn lekko ogrzany.

Przypadki przewlekłych nieżytów krtani, tchawicy, a nawet oskrzeli, leczymy wdychiwaniami ciepłemi z pary wodnej z lekiem rozpuszczonym w wodzie, albo wdychiwaniami pary z leku, wytwarzanej na sucho przez ogrzanie w postaci gazu; stosujemy jednak także przy przewlekłych nieżytach leczenie płynem rozpylanym w tężniach, a więc jako wdychiwanie chłodne.

Dla higieny gardła i działania uodporniającego zalecam dwa razy dnia rano i na noc płukania ciepłe słabiutkimi rozczynami soli kuchennej (koniec łyżeczki, z dodatkiem gliceryny, pełna łyżeczka od kawy na szklankę); tym samym rozczynem płucze się także usta.

Przy ostrem ograniczonem zapaleniu w przewodzie zewnętrznym ucha stosować będziemy, ochraniając małżowinę, okład gorący, by jak najrychlej wywołać zropienie. Przy zapaleniu rozlanem zakładamy wałeczki, zwilżone octanem glinowym, a zewnętrznie stosujemy okład rozgrzewający, również z octanu. By choremu ułatwić zakładanie wałeczka do ucha, polecam nawijać płatek waty jednostajnie na jedno ramię szpilki podwójnej, zrównać go potem przed końcem szpilki, zmoczyć w octanie, wygnieść, a potem wraz ze szpilką wsuwać do przewodu, jak głęboko się udaje, w końcu przytrzymać ręką przeciwną watę i wyciągnąć z niej szpilkę. Tak ten okład z przewodu usznego, jak i leżący na małżowinie, z początku zmieniamy częściej, co $1\frac{1}{2}$ do 2 godzin, a w miarę poprawy zostawiamy go dłużej, ewentualnie przez noc.

W ostrem zapaleniu trąbki usznej, mianowicie jej części kostnej, zwykle bolesnem, przynosimy ulgę, a zarazem działamy leczniczo okładem wysychającym, obok aspiryny wewnętrznie.

Przy zapaleniu błony bębenkowej zalecimy na ucho okład rozgrzewający z octanu glinowego, nie przytykając ucha zewnętrznego watą. Gdy rozpoznajemy zapalenie ucha środkowego, to o ile nie zachodzi już wskazanie do nacięcia błony bębenkowej, które ma nieocenioną wartość, zaczynamy od okładu często zmienianego obok wlewania do ucha, w pierwszych 24—48 godzinach co godzina nieogrzanych kropli, mianowicie 10% wyciągu makowca na bezwodnej glicerynie. Zresztą we wszystkich innych przypadkach należy krople wpuszczane do ucha zawsze ogrzewać, najpraktyczniej wraz z flaszeczką, przez wstawienie do gorącej wody. Naciągnąwszy potem krople do zakraplacza, przez wypuszczenie jednej kropli na grzbiet ręki przekonać się należy o ciepłocie kropli, pamiętając, że nie wolno do ucha, gdy już w błonie bębenkowej jest otwór i krople dostają się do jamy bębenkowej, zapuszczać kropli chłodnych, bo nietylko choremu sprawiamy ból, ale nawet wprost szkodzimy. Ile kropli podejdzie do zakraplacza, tyle wlewamy i następnie przewód uszny przytykamy czopkiem z waty, o ile nie należy kropli wylać z powrotem, jak przy perhydrolu, gdy jego działanie utleniające ustanie. Również płynów do płukania ucha używamy zawsze ogrzanych. Ulubionym środkiem ludowym przeciw bólowi w uchu jest ogrzana oliwa. Unikać należy z początku kropli wodnych lub drażniących skórę, by nie zmacerować skóry przewodu, względnie warstwy naskórka, pokrywającego błonę bębenkową, przez co obraz błony zmienia się, a zmacerowany naskórek, zwłaszcza u dzieci, u których potem oczyszczenie przewodu spotkać się może z oporem, utrudnia obejrzenie głębi. Praktycznie jest zalecić już w samym początku, gdy nie ma jeszcze tkliwości w okolicy jamy lub wyrostka sutkowego, a gdy raczej nieraz jest tkliwość przed skrawkiem (tragus), okład tak, by i za małżowiną dokładnie przylegał, albo za małżowiną położyć okład dodatkowy i oba razem dopiero uszczelnić batystem. Przy bolesności przed skrawkiem w samym początku zapalenia skuteczne bywa przystawienie w tem miejscu pijawki. W stanach zapalnych właściwych nieżytowych, a nieraz i w samym początku zapalenia przebijającego błonę bębenkową, skuteczniej zadziałamy okładem częściej zmienianym. W drugiej postaci tego zapalenia, gdy się już sprawa nasili, lepiej działa okład, gdy się już dobrze rozgrzeje, albo możemy go robić z octanu glinowego ogrzanego, względnie przejść lub nawet zacząć odrazu od okładu gorącego; nieraz okład gorący należy jeszcze przykładać, chociaż już zrobiliśmy nacięcie błony bębenkowej, względnie także przy samorodnem przedziurawieniu, gdy wydzielina jest skąpa, choćby była surowiczośluzowa.

Przy nagromadzeniu się wysięku, w stanie ostrym, należy długo stosować energicznie ciepło, by przyspieszyć wessanie się wysięku.

Przy ostrem zapaleniu jamy nadbębenkowej, połączonem zazwyczaj z uczuciem silnego bólu, większego niż przy zajęciu samej jamy bębenkowej, a gdzie i nakłucie tak zwanej »membrana flaccida«, o ile zachodzi wskazanie, niezawsze bywa skuteczne, należy z początku również działać wspomnianemi kroplami i okładem pod ceratką, często zmienianym, przy postępie zapalenia zastosować okład gorący. Gdy jednak wystąpi bolesność kości w okolicy uchyłka nadbębenkowego (atticus), będziemy stosować lód na jego okolicę, względnie za uchem. Wogóle ilekroć istnieje bolesność w kości czy w okolicy uchyłka nadbębenkowego, czy jamy (antrum), czy wyrostka sutkowego, stwierdzona przez ugniatanie palcem wymienionych części, powinniśmy zaraz zwalczać objawy zapalne działaniem przykładek lodowych, a dzielnie wspomaga, względnie uzupełnia leczenie wcieranie maści kollargolowej (tak zwanej maści Credego). Nim jeszcze dojdzie do zajęcia okostnej, względnie do nacieku w skórze, zdołamy często energicznem działaniem lodem wstrzymać rozwój sprawy zapalnej. Ale i przy zajęciu już okostnej i nacieku w skórze lód odda nam nieraz cenne usługi. Zauważyć się daje, iż tam, gdzie już wytwarza się ropienie, chorzy znoszą lód źle, a wtedy przejdziemy do okładu rozgrzewającego jako działającego łagodząco, o ile już nie zaszła potrzeba otwarcia chorych części.

Gdy objawy zapalenia okostnej występują na plan pierwszy, wtedy zwykle działaniem zimna już nie zdołamy wstrzymać postępu sprawy chorobowej, choć okłady zimne działają łagodząco.

Gdy zapalenie stwierdzimy w gruczole chłonnym,

znajdującym się pod skórą w okolicy wyrostka sutkowego, to stosujemy zrazu okłady chłodne z octanu glinowego pod ceratką, często zmieniane, a nawet lód, poczem często ustąpi zapalenie gruczołu. Gdy jednak bolesność się utrzymuje i zropienie gruczołu jest nieuniknione, wówczas przyspieszymy je działaniem gorąca, choć w każdym razie lepiej ze stosowaniem gorąca się nie spieszyć i nie zmylić się uczuciem rzekomego chełbotania; rozstrzygać tu raczej będą ból i naciek dokoła gruczołu.

Przy ropieniu przeciągającem się, względnie ropieniu przewlekłem wszelka bolesność w okolicy za uchem, o ile nie spodziewamy się korzystnego wpływu z nieocenionej w działaniu maści Credego, wymaga stosowania lodu albo przynajmniej okładu chłodnego z octanu glinowego, często zmienianego, co jednak nie przeszkadza wcieraniu maści kollargolowej.

Nigdzie tak, jak w otyatryi, leczenie zachowawcze, umiejętnie użyte, nie święci wielkich tryumfów, największych w przypadkach ostrych, ale niemałych i w przypadkach przewlekłych zaostrzających się, czyniąc nieraz zbytecznym zabieg chirurgiczny, gdy już wydawał się wskazanym. Zresztą czasami, zanim otworzymy kość, zalecimy tutaj lód jako środek łagodzący objawy, wstrzymujący zarazem bodaj chwilowo szerzenie się gwałtowne objawów zapalnych.

Przy zapaleniu ochrząstnej małżowiny usznej stosować należy okłady chłodne, najlepiej z octanu glinowego, trzymanego na lodzie, a gdy już ropień jest nieunikniony, zostawiamy na razie okład z octanu glinowego, zanim możemy ropień otworzyć.

Różę okolicy przewodu zewnętrznego, względnie małżowiny, najszybciej zwalczymy, jak już gdzieindziej wspomniałem, okładami z lodu z octanu glinowego, zakładając także czopki z waty, zmoczonej w zimnym octanie, do początku przewodu zewnętrznego.

Przeciw świeżym objawom urazowym ze strony błędnika zastosujemy lód za ucho. Przy urazowem uszkodzeniu rusztowania nosa, podobnie jak i przy urazie krtani, również będziemy działać okładem lodowym, by zwalczać odczyn zapalny i nie dopuścić do zropienia krwiaka; przy złamaniu rusztowania nosa nie zaniedbamy ustalenia odłamków; przy złamaniu krtani nieraz nie unikniemy założenia rurki tchawiczej, a stosując lód obok podania narkotyku, zadziałamy też skutecznie przeciw szerzeniu się występującej niekiedy odmy powietrznej.

Z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiell.
(Dyrektor prof. Dr Browicz)

Mnogi pierwotny rak tchawicy

napisał

Stanisław Ciechanowski.

Nowotwory tchawicy są wogóle niezbyt częste. W statystyce M. Schmidta wśród 42635 przypadków chorób górnych dróg oddechowych znajduje się 2088 nowotworów, z tych 748 w krtani, a tylko 3 w tchawicy. Raki tchawicy najczęściej jeszcze spotyka się jako nowotwory wtórne, i to przechodzące na tchawicę bezpośrednio z sąsiedztwa (przełyku, krtani oskrzeli, płuc, gruczołów), w przeciwieństwie do istotnie przerzutowych, bardzo rzadkich, których trzy przypadki opisał Pieniążek, a jeden przypadek Eppinger. Pierwotne raki tchawicy są rzadkie, bo chociaż co do częstości idą w zestawieniu Brunsa zaraz na drugiem miejscu po brodawczakach tchawicy, jednakże Bruns doliczył się takich spostrzeżeń zaledwo 31. Nager w r. 1907 zwiększył ich liczbę dopiero na 38. Schmiegelow w r. 1909, sprostowawszy statystykę Brunsa, (w której kilka przypadków zaliczono dwukrotnie), z 31 spostrzeżeń na 28, zebrał z piśmiennictwa jeszcze 11 przypadków i opisał jeden własny, szacując ogół spostrzeżeń pewnych tylko na 40. Z kombinacyi statystyk Brunsa, Nagera i Schmiegelowa po odliczeniu przypadków powtórzonych i podawanych w wątpliwość (n. p. spostrzeżenie Vitraca, które Schmiegelow uznaje, a Nager odrzuca) wypadłaby liczba 41. Ale jeszcze i z tych spostrzeżeń niektóre nie wytrzymują krytyki z powodu braku badania mikroskopowego (n. p. spostrzeżenia Louisa, Isamberta) lub mylnego zaliczenia do raków (przypadek Koschiera, śródbłoniak, mimo to przez Schmiegelowa liczony do raków), lub budzą pewne wątpliwości z powodu siedziby raka w klinie podziałowym przy równoczesnem znacznem zajęciu jednego z głównych oskrzeli (jak n. p. przypadki Delafielda, Heinzmanna — w zestawieniu Schmiegelowa, a Schröttera jun. w zestawieniu Nagera), gdyż raki oskrzeli są znacznie częstsze i wobec tego prawdopodobniejsze wydaje się w takich przypadkach przejście raka z oskrzela na tchawicę, niż naodwrót. Takich niepewnych przypadków aż po rok 1909 znalazłem w piśmiennictwie sześć, a za niewątpliwe mógłbym, sądząc z opisów, uznać po ten rok tylko 35 spostrzeżeń. I w późniejszem piśmiennictwie wśród spostrzeżeń, uchodzących za »pierwotne raki tchawicy«, niejednego nie można tu zaliczyć, czyto z powodu braku badania drobnowidowego (Lejeune), czyto z powodu obrazu makroskopowego, przemawiającego za tem, że punktem wyjścia raka była bądźto krtań (przypadek Woodsa), bądź oskrzele (spostrzeżenie Manna, być może i I przypadek z dwóch spostrzeżeń Kahlera), czy nawet wreszcie z powodu wątpliwości, czy nowotwór, opisywany jako pierwotny rak tchawicy, w rzeczywistości nie wychodził z przełyku (przypadek Schin-izi Ziba, mający być kombinacyą dwóch raków pierwotnych: tchawicy i przełyku, rozwijających się w tejsamej wysokości i z sobą się zrastających). Z odszukanych w piśmiennictwie po roku 1909 zaliczyłbym do pewniejszych tylko (w porządku chronologicznym) spostrzeżenia: Birchera (1909, jedyny w swoim rodzaju przypadek: rak rozwijący się w wolu śródtchawicznem), Kahlera (1908, przypadek II), Berensa (1909), Manassego (1910), Arnoldsona (1911), Kaunitza (1912, 3 przypadki), Tetens-Halda (1913, przytoczony przez Killiana), Guiseza (1913), Broeckaerta (1913, jedyny przypadek, spostrzegany przez tego autora w ciągu 20 lat). — a wreszcie Litwinowicza (1909), jedyny, jaki znalazłem w naszem piśmiennictwie z ostatnich lat kilkunastu. Razem więc z 35 przypadkami z przed roku 1909 możnaby przyjąć conajwyżej 47 znanych dotąd spostrzeżeń pierwotnego raka tchawicy, i to jeszcze z tem zastrzeżeniem, że zestawienie to opiera się na kazuistyce spostrzeżeń klinicznych, z których nie wszystkie przeszły

przez ostatecznie dopiero rozstrzygającą kontrolę sekcyi anatomo-patologicznej.

O rzadkości pierwotnych raków tchawicy świadczą także statystyki zakładów anatomo-patologicznych. W bazylejskim n. p. zakładzie w ciągu lat 35 na 1078 przypadków raka spostrzegano pierwotnego raka oskrzeli i płuc 19 razy, pierwotnego raka krtani 9 razy, a pierwotny rak tchawicy nie zdarzył się ani razu. Wśród 18989 sekcyi szpitalnych, wykonanych w krakowskim Zakładzie anatomii patologicznej przez ostatnich lat 19 (1895 – 1913), gdy w nim pracuję, przypadało na ogólną liczbę 1339 przypadków raka — 12 spostrzeżeń pierwotnego raka oskrzeli, 8 spostrzeżeń pierwotnego raka płuca, 7 — pierwotnego raka krtani, a jedno tylko — pierwotnego raka tchawicy.

Dotyczy ono 60-letniej kobiety, J. K., zmarłej na oddziale I B. chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza, u której za życia nie było żadnych objawów, zwracających uwagę na górne drogi oddechowe, jak o tem świadczy też rozpoznanie kliniczne, które opiewało: Influenza. Pneumonia asthenica bilateralis. Adhaesiones pleuriticae bilaterales. Bronchiectases. Enteritis acuta. Marasmus senilis cum cachexia. Hydraemia. Wynik sekcyi (Nr 5, 1905) był w streszczeniu następujący:

Rozpoznanie anatomiczne: Pleuropneumonia crouposa in stadio hepatisationis rubrae et griseae lobi superioris pulmonis dextri. Gangraena ejusdem lobi. Emphysema pulmonum. Synechiae pleurales ambilaterales. Hypertrophia ventriculi cordis dextri. Thromboses ventriculi cordis dextri. Emboliae multiplices ramorum III ordinis arteriae pulmonalis. Atheroma arteriarum baseos cerebri, coronariarum cordis et aortae. Nephritis chronica levioris gradus. Atrophia senilis cerebri et lienis. Atrophia fusca myocardii. Marasmus. Anaemia. Carcinoma multiplex tracheae. Tracheobronchitis catarrhalis acuta.

Budowa i odżywienie liche. Skóra blada. Podściółka tłuszczowa podskórna znacznie zanikła. Mięśnie blade, słabo rozwinięte. Kościec bez zmian. Szpik kości długich częścią tłuszczowy, częścią galaretowaty, przeświecający.

Czaszka symetryczna. Opona twarda gładka, lśniąca. Zatoki żylne wypełnione ciemno-czerwonymi wiotkimi skrzepami pośmiertnymi. Opony miękkie gładkie, lśniące. Tętnice na podstawie mózgu mają ściany zgrubiałe, na przekroju zieją. Mózg symetrycznie wykształcony; zakręty mózgowe nieco zwężone, rowki szersze; kora wydaje się nieco węższa, odgraniczenie istoty szarej od białej wyraźne. Komórki mózgowe lekko rozszerzone, wyściółka komór gładka; w splotach żylnych (plexus chorioidei) zwyrodnienie torbielkowate; ilość cieczy w komórkach nieco większa. Móżdżek i rdzeń bez zmian. Śródpiersie bez zmian. Obie jamy opłucne, a szczególnie prawa, wypełnione ścisłymi zrostami w częściach bocznych. Opłucna płuca prawego w miejscach niepokrytych zrostami przyćmiona, pokryta łatwo ściągnąć się dającą warstewką włóknika. Płuco prawe powiększone i cięższe. Miąższ płatu górnego bezpowietrzny w całości, miąższ zaś płatu środkowego i dolnego powietrzny z wyjątkiem kilku drobnych ognisk. Powierzchnia przekroju płatu górnego ziarnista, o partyach częścią szaro-różowo, częścią szaro zabarwionych. Miąższ tego płatu bardzo kruchy. W górnej części tego płatu poniżej szczytu ognisko wielkości srebrnego guldena o powierzchni przekroju brudnozielono zabarwionej, ziarniste, miąższ w tem miejscu bardzo kruchy. Nieco niżej i ku przodowi w bliskości przedniego brzegu jama wielkości orzecha włoskiego, o ścianach nierównych, strzępiastych, o treści brudnozielonej, dość płynnej. Oba ogniska cuchną. Drobne ogniska bezpowietrzne w płacie środkowym i dolnym prawego płuca mają przekrój ziarnisty, barwę szaraworóżową; za uciskiem dobywa się z nich ciecz szarawa, mętna, bezpowietrzna. W płucu lewem miąższ suchy, blady, wszędzie powietrzny. Brzegi tego płuca poduszkowato zaokrąglone. Naczynia płucne o ścianach prawidłowych. W kilku drobniejszych trzeciorzędnych gałązkach tętnicy płucnej skrzepy zbitsze, białawe, zatykające światło całkowicie, ze ścianami ściślej nie spojone.



Błona śluzowa gardła bladoróżowa, gładka; gruczoł tarczowy nie okazuje zmian. Błona śluzowa krtani i górnej części tchawicy aż do wysokości 8. chrząstki tchawicznej zupełnie gładka, lśniąca, barwy różowej. Od wysokości 8. chrząstki tchawicznej, (odległej o 5 cm od więzadeł prawdziwych), aż do podziału tchawicy błona śluzowa zasiana głównie na ścianie przedniej, na bocznej prawej i na tylnej mnogimi guzkami różnej wielkości, od rozmiarów główki szpilki do rozmiarów sporego grochu (7 mm średnicy), okrągławymi. Gołem okiem można naliczyć tych guzków przeszło 40; gdzieniegdzie siedzi po kilka guzków blizko siebie, niektóre jakby się ze sobą zlewały. Niektóre, zwłaszcza większe guzki, osadzone są na podstawie węższej od swej średnicy, przybierając przez to kształt grzybiasty. Powierzchnia guzków często brodawkowata, przypomina niekiedy kalafior. Guzki są

barwy białawej, bledsze od błony śluzowej, dość twarde, na przekroju wyglądają jednostajnie, mają barwę białaworóżową. Gołem okiem nie dostrzega się nigdzie wkraczania tkanki nowotworowej w głąb ściany tchawicy. Błona śluzowa całej tej części tchawicy, która jest zasiana guzkami, pokryta była gęstą cieczą śluzoworopną, rozpulchniona, nastrzykana, ale w miejscach wolnych od guzków połyskująca. Błona śluzowa oskrzeli rozpulchniona, nastrzykana, ale zupełnie gładka, lśniąca, guzków na niej nigdzie niema.

Gruczoły oskrzelowe powiększone, twarde, jednostajnie czarno zabarwione. Gruczoły śródpiersiowe w sąsiedztwie tchawicy, zmienione pyliczo, nie zawierają żadnych śladów przerzutów.

Worek osierdziowy zawiera większą ilość cieczy przeźroczystej, żółtawej. Osierdzie i nasierdzie gładkie, lśniące. Serce ułożone prawidłowo, powiększone w wymiarze poprzecznym. Komórka i przedsionek prawe rozszerzone, ściana komórki prawej nieco grubsza; między beleczkami w komórce prawej skrzepy białawe, okrągławe, w środku po części rozmiękłe, niektóre o powierzchni nierównej. Zastawki obu połów serca bez zmian. Mięsień sercowy barwy brunatnej, jędrny. Naczynia wieńcowe mają ściany nieco zgrubiałe, sztywne. Tętnica główna szerokości prawidłowej, na powierzchni wewnętrznej nieznaczne nacieki miażdżycowe.

Jama brzuszna cieczy wolnej nie zawiera. Otrzewna gładka, lśniąca. Śledziona nieco pomniejszona, torebka jej nieco grubsza; miąższ na przekroju barwy żywoczerwonej, kruchy; zrąb łącznotkankowy bardzo wyraźny.

Nerka lewa znacznie pomniejszona, prawa wielkości prawidłowej. Torebka nerek daje się oddzielić dość łatwo; powierzchnia niejednostajnie drobnoziarnista; miąższ twardy. Budowa pasmowa istoty korowej w niektórych miejscach mniej wyraźna, odgraniczenie jej od istoty rdzeniowej wyraźne. (Badanie mikroskopowe nerek stwierdziło niezbyt wielkie przewlekłe zmiany zapalne). Miedniczki i kieliszki bez zmian. Wątroba wielkości prawidłowej; miąższ jej jędrny, biernie przekrwiony; obraz przypomina wątrobę muszkatołową. Przyrząd żółciowy bez zmian. Błona śluzowa jelit gładka, lśniąca, nieco biernie przekrwiona. W innych narządach jamy brzusznej żadnych zmian nie znaleziono.

Do badania mikroskopowego wycięto kilka guzków wraz z podstawą i częścią chrząstki pod nimi leżącą. Okazało się, że guzki mają utkanie raka płaskokomórkowego. Gniazda i pasma komórek nabłonkowych są niewielkie, złożone zwykle z kilkunastu tylko komórek, porozdzielane wązkiemi przegródkami łącznotkankowemi; ta tkanka łączna ma utkanie wiotkie i jest dość obficie unaczyniona. Komórki nabłonkowe mają wyraźny typ komórki nabłonkowej płaskiej, o kształcie często wielokątnym, obfitej jasnej protoplazmie, sporem jądrze z delikatnym zrębem chromatynowym; w wielu komórkach jądro kształtu nieregularnego, gdzieniegdzie figury karyokinetyczne, czasem atypowe. Nigdzie jednak nie widać rogowacenia, ani też komórek, odpowiadających poszczególnym warstwom naskórka, n. p. warstwie kolczastej. Zgodnie z tem, co było można stwierdzić gołem okiem, mają niektóre guzki węższą podstawę, to jest osadzone są jakby na krótkiej grubej szypule, złożonej również z utkania rakowego. Wałeczkowy nabłonek przechodzi z błony śluzowej, sąsiadującej z guzkami, gdzieniegdzie i na tę szypułę, a nawet i jeszcze dalej, na właściwy guzek nowotworowy, mianowicie na dolną stronę jego grzybiastego brzegu. Wyżej już jednak nie sięga, tak, że boki i górną powierzchnię guzków stanowi sama tkanka rakowa, nigdzie tu zresztą nie okazująca martwicy, ani znamion zwyrodnienia komórek. W głąb sięga tkanka rakowa w powierzchowne warstwy tkanki podśluzowej. W głębszych warstwach tej tkanki podśluzowej, gdzie już wygląda ona zresztą prawidłowo, spotkać można gdzieniegdzie w naczyniach limfatycznych czopy, złożone z komórek rakowych, wypełniające światło tych naczyń bądź całkowicie, bądź tylko częściowo, a wszędzie tu wyraźnie widać nienaruszoną warstwę śródbłonkową. Jeszcze głębiej natrafia się na niezmienione gruczoły śluzowe, wreszcie na chrząstkę; w tych głębokich warstwach ściany tchawicy niema nigdzie utkania rakowego.

Umyślnie streściłem nieco szczegółowiej wynik sekcyi, nie pomijając i tych narządów, w których żadnych zmian nie było, aby usunąć wszelką wątpliwość co do tego, że rak tchawicy był istotnie nowotworem pierwotnym. Również zdaje mi się rzeczą pewną, że rak był pierwotnie mnogi, wieloogniskowy. Przeciwko bowiem przypuszczeniu, że mnogość nowotworu była wtórna, to jest, że nowotwór rozsiał się w tchawicy z jednego, naprzód w niej powstałego guzka, przemawiają mojem zdaniem następujące okoliczności. Wśród guzków nie było żadnego, któryby czyto ze względu na swe rozmiary, czy ze względu na największe zmiany wsteczne, czy wreszcie ze względu na najgłębiej w ścianę tchawicy sięgający naciek, można przyjąć za pierwotny. Gdyby zaś nawet znalazł się był taki guzek, sprawiający wrażenie pierwotnego, to rozsianie się z niego dalszych ognisk w obrębie samej tchawicy trudnoby było wytłómaczyć. Możnaby bowiem wtedy myśleć albo o przerzucaniu się drogą limfatyczną, albo o zaszczepianiu się oderwanych cząstek nowotworu na powierzchni błony śluzowej. Przeciwko pierwszemu przypuszczeniu przemawiałby jednak wtedy obraz mikroskopowy, bo niepodobna przyjąć, aby przerzuty, wychodzące z naczyń limfatycznych, oszczędziły tych warstw tkanki podśluzowej, gdzie te naczynia się znajdują. Te warstwy są zaś w danym przypadku nienaruszone, a znalezione w naczyniach limfatycznych czopy komórkowe są widocznie świeższej daty, niż znajdujące się w sąsiedztwie guzki rakowe. Zaszczepianie się zaś samorodne oderwanych cząstek na powierzchni błon śluzowych, wyściełających pewne przewody, jest — w przeciwieństwie do znanego rozsiewania się na błonach surowiczych — przez wielu podawane w wątpliwość. W bardzo rzadkich przypadkach przyjąćby można za Borstem takie rozsiewanie się co najwyżej co do przewodu pokarmowego i narządu rodnego; w górnych drogach oddechowych natomiast warunki anatomiczne i fizyologiczne (światło stale otwarte, położenie ścian przeważnie pionowe, czynność nabłonków migawkowych, silne prądy powietrza, odruchy), czynią to zupełnie nieprawdopodobnem. Zresztą w takim razie należałoby oczekiwać implantacyi chyba raczej w oskrzelach i płucach, niż w tchawicy; w naszym zaś przypadku tak płuca, jak oskrzela, zupełnie były od zmian nowotworowych wolne.

Rozpatrzenie tej sprawy (t. j. możliwości implantacyi samorodnej raka wzdłuż górnych dróg o d d e c h o w y c h) uważałem za konieczne, ponieważ rzecz ta nie była wogóle dotąd w piśmiennictwie roztrząsana, a to zapewne dlatego, że niesłychana rzadkość mnogich pierwotnych raków tchawicy nie dawała do tego pola. O ile bowiem dojść mogłem, ogłoszono dotąd — oprócz naszego — jedno tylko podobne spostrzeżenie. Jest niem przypadek Schröttera

objaśniony ryciną, którą i Bruns podaje w swojej monografii nowotworów tchawicy, przytaczając ów przypadek, jako zupełnie niezwykły. Na rycinie tej widać guzki rakowe na wszystkich ścianach tchawicy w części górnej i środkowej, jak również w mniejszej liczbie i mniejszych rozmiarów w krtani i na dolnej powierzchni nagłośni. W przeważnej liczbie opisanych dotąd przypadków sadowiły się jednakże guzy rakowe (pojedyncze) na tylnej ścianie tchawicy, (w statystyce Brunsa 13 razy na 15 przypadków), i to najczęściej w części dolnej, rzadziej w górnej, a najrzadziej w środkowej (według zestawień Brunsa i Nagera). I w naszym przypadku zajmują guzki nowotworowe tylko dolną i środkową część tchawicy, w części jej górnej zupełnie ich niema. Ściana tylna była w naszym przypadku również sprawą nowotworową zajęta, aczkolwiek liczne guzki widać też na bocznej prawej i na przedniej ścianie.

W szczególnej skłonności pierwotnych raków tchawicy do sadowienia się przeważnie na ścianie tylnej możnaby upatrywać wskazówkę pochodzenia tych raków, zwłaszcza, jeżeli się z tem zestawi okoliczność, że znaczna ich część należy do typu raków płaskokomórkowych. Występowanie w tych rakach typu komórkowego, odmiennego od typu podłoża, na którem rak się rozwija, tłómaczyćby można albo metaplazyą nabłonka, albo też powstawaniem raka z komórek nabłonkowych, pozostałych z życia płodowego w miejscu niewłaściwem. A właśnie tylna ściana tchawicy jest miejscem, gdzie to w toku rozwoju płodowego najłatwiej zdarzyć się może, wtedy, gdy przełyk i tchawica oddzielają się od siebie. Po szczegóły w tym względzie odsyłam do pracy, którą wspólnie z Glińskim ogłosiliśmy w sprawie t. zw. wrodzonych przetok przełykowo-przełykowych, oraz do wywodów Nagera o płodowem pochodzeniu zawiązków płaskokomórkowych raków tchawicy. Prawdopodobieństwo takiego pochodzenia tych raków popierają inne jeszcze okoliczności. I tak, przyjmując to źródło raków płaskokomórkowych tchawicy, należałoby się spodziewać, że z tegoż źródła możliwe są raki płaskokomórkowe także i w sąsiedztwie tchawicy, nie pozostające w związku bezpośrednim z pokrywą nabłonkową jej błony śluzowej; raki takie powinnyby znajdować się pomiędzy tylną ścianą tchawicy a przednią ścianą przełyku, i oczywiście nie pozostawać w związku bezpośrednim także i z warstwą nabłonkową przełyku. Otóż niezbyt dawno podał Ernst istotnie spostrzeżenie raka płaskokomórkowego, usadowionego właśnie w ten sposób pomiędzy tchawicą a przełykiem i nie docierającego do błony śluzowej ani jednej, ani drugiej; Ernst sądzi też, że rak ten wyszedł najprawdopodobniej z zawiązka nabłonkowego, pozostałego w głębi ściany przełyku z czasów rozwoju płodowego. Spostrzeżenie Ernsta można uważać za ogniwo, łączące pospolite raki płaskokomórkowe przełyku z heterotopijnymi pierwotnymi rakami płaskokomórkowymi tchawicy, czego analogią jest łańcuch zboczeń rozwojowych, wiążący przetoki przełykowo-przełykowe poprzez spostrzeżenia przetok przełykowo-tchawicznych z niektóremi spostrzeżeniami torbieli przytchawicznych (wysłanych nabłonkiem płaskim) i wreszcie z opisanemi przez Schriddego wyspami płaskiego nabłonka w dolnej części prawidłowej zresztą tchawicy.

Jako dalszą wskazówkę w tym kierunku uważałbym wreszcie i nasz przypadek, w którym płaskokomórkowy typ raka, przy uwzględnieniu siedziby guzków i wieloogniskowego rozwoju nowotworu, daleko lepiej godzi się z przypuszczeniem powstania z zawiązków płodowych, niż z przypuszczeniem metaplazyi nabłonka tchawicy. Z tego względu zdaje mi się spostrzeżenie nasze zasługiwać na szczególną uwagę.

Nie od rzeczy wreszcie może będzie przypomnieć, że najczęstsze jeszcze wśród pierwotnych nowotworów tchawicy — brodawczaki, w połowie niemal zebranych przez Brunsa (33) przypadków spostrzegane u dzieci w pierwszem dziesięcioleciu życia, a w 5 z tych przypadków uznane przez Brunsa napewno za wrodzone, występują często mnogo, a nieraz (jak n. p. z nowszych spostrzeżeń w przypadku Jobsona Horne) mają wtedy nabłonek płaskokomórkowy.

Piśmiennictwo. 1) Arnoldson. Towarzystwo oto-laryngol. w Stockholmie 28. I. 1911. (Semons. Centr. f. Lar. 1911. s. 430). — 2) Berens. 31. Congr. Amer. laryng. Assoc. 1909 i Ann. of Otol. Rhin. and Lar. 1909. — 3) Bircher. Arch. f. Lar. 1908. T. 20. s. 443. — 4) Broeckaert. Presse oto-lar. belge. 1913. Nr 3. i Le Larynx 1913 Nr 2 (Semons Centr. f. Laryng. 1913, s.349). — 5) Bruns w Heymanna Handb. d. Laryng. 1898. T. I. s. 976, (tamże całe dawniejsze piśmiennictwo). — 6) Ciechanowski i Gliński: Przetoki przełykowo-przełykowe. Rozpr. Akad. Umiej. Kraków 1909. — 7) Eppinger w Klebsa Handb. der path. Anat. Larynx u. Trachea. 1880. s. 301. — 8) Ernst. XV. Tagung d. deutsch. path. Ges. Strassburg, 1912 (Ein durch seine Topographie eigenartiges warscheinlich dysontogenetisches Carcinom zwischen Speiseröhre und Luftröhre). — 9) Guisez. XVII. Congr. intern. de med. Londyn 1913. — 10) Jobson-Horne, Royal Soc. of med. Sect. of Lar. I. 1908 (Semon's Centr. f. Lar. 1909 s. 174). — 11) Kahler. XVI. Vers. d. Ver. deutsch. Laryng. 1908. — 12) Kaunitz. Wiener kl. Woch. 1912. Nr 38. — 13) Killian. Semon's Centr. f. Lar. 1913. s. 436. — 14) Krasting. Zeitschr. f. Krebsforschung. T. IV: Z. 2. — 15) Lejeune. Le Scalpel 1913 (Semon's Centr. f. Lar. 1913. s. 605). — 16) Litwinowicz. Tygodnik lek. 1909. s. 556. — 17) Manasse. Vereinig. westdeutsch. Hals- u. Ohrenärzte, 17. IV. 1910. — 18) Mann. XVI. Vers. d. Ver. deutsch. Lar. 1908. — 19) Nager. Arch. f. Laryng. 1907. T. 20. s. 275. — 20) Nager. Med. Klinik 1909 Nr 1. — 21) Pieniążek. Arch. f. Lar. T. 4. s. 226. — 22) Moritz Schmidt. Obere Luftwege (wedł. Schmiegelowa). — 23) Schmiegelow. Arch. f. Lar. 1909. T. 22. s. 18. — 24) Woods. Dublin med. Journ. 1913. (Semon's Centr. f. Lar. 1913 s. 554) — 25) Schin-izi Ziba. Arch. f. Lar. 1911. T. 25.

Z Zakładu anatomii patologicznej Uniwersyt. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor: Radca Dworu Prof. Dr. Browicz).

Przyczynek do sprawy guzów skrobiowatych w krtani

podał

L. K. Gliński.

Zmiany skrobiowate w ustroju ludzkim są zjawiskiem pospolitem i ogólnie dobrze znanem; zmiany te jednakże występują z reguły w postaci skrobiawicy rozlanej, i to zwykle jednocześnie w całym szeregu narządów wewnętrznych, jako to: w śledzionie, nerkach, wątrobie, nadnerczach, jelitach i t. d. Natomiast pojawianie się u człowieka zmian skrobiowatych w postaci ograniczonych guzów, czyli w postaci t. zw. skrobiawicy miejscowej (amyloidosis localis), należy do zjawisk wogóle bardzo rzadkich. Tego rodzaju zmiany dotychczas stosunkowo najczęściej opisy-

wano w spojówce ocznej, gdzie też są one jeszcze najwięcej znane. Prócz tego znane są przypadki guzów skrobiowatych w jelicie (przypadek Askanazego[1]), w cewce moczowej (przypadek Tilpa[2]), w żebrze (przypadek Edensa[3]), w pęcherzu moczowym (przypadki Solomina[4]) i Lukscha[5]), w mięśniu sercowym (przypadki: Benekego i Böninga[6]), Wilda[7]), Steinhausa[8]), w języku (12 przypadków*) — z tych 11 zestawionych u Reicha[9]) i jeden świeżo ogłoszony przez Schönhofa[10]); wreszcie względnie często opisywano przypadki guzów skrobiowatych w obrębie narządów oddechowych: w r. 1909 Reich zdołał zebrać z piśmiennictwa 23 tego rodzaju spostrzeżenia, do której to liczby należałoby jeszcze doliczyć wspomniane już 3 przypadki skrobiawicy miejscowej serca z jednoczesnem zajęciem płuc, jeden przypadek Oskara Meyera[11]) (skrobiawica miejscowa płuc), wreszcie jeden — również już wspomniany przypadek Schönhofa (guzy skrobiowate na języku i w krtani); ogółem więc w całym narządzie oddechowym znanych jest dotychczas zaledwie 28 przypadków lub niewiele co więcej. Z tych 28 przypadków 16 razy odosobnione guzy skrobiowate znajdowały się w jednym tylko odcinku narządu oddechowego (12 razy w krtani, 2 razy w tchawicy, 2 razy w płucach); w pozostałych 12 przypadkach guzy skrobiowate były mnogie i znajdowały się równocześnie jużto w różnych odcinkach narządu oddechowego (n. p. w krtani i w płucach, lub w krtani i w tchawicy), już też równocześnie w narządzie oddechowym i w jakimś innym narządzie (n. p. w krtani i na języku). Z pośród tej całej liczby 28 przypadków na krtań przypada ogółem 20 spostrzeżeń (12 przypadków guzów skrobiowatych usadowionych wyłącznie w krtani i 8 przypadków z jednoczesnem ich występowaniem także w innych miejscach — na języku, w jamie gardła, w tchawicy, płucach i t. p.)

Jak świadczą powyższe zestawienia, przypadki guzów skrobiowatych wogóle, skrobiawicy zaś miejscowej narządu oddechowego w szczególności, należą do zjawisk bardzo rzadkich. Nawet w krtani, w której zmiana ta zdarza się stosunkowo częściej, niż w innych odcinkach narządu oddechowego, dotychczas znanych jest zaledwie 20 przypadków, w tej liczbie zaś zaledwie 12 przypadków guzów skrobiowatych, ograniczonych wyłącznie do krtani. Stąd też sprawa skrobiawicy miejscowej jest dotychczas bardzo mało znana i w sprawie tej dotychczas pozostało wiele punktów ciemnych, niewyjaśnionych. To też korzystając z tego, że w ostatnich czasach w krakowskim uniwersyteckim Zakładzie anatomii patologicznej nasunął mi się przypadek guza skrobiowatego w krtani, poddałem go szczegółowemu badaniu histologicznemu i wyniki tych badań ze względu na rzadkość sprawy pozwalam sobie tutaj w krótkości przytoczyć, zwłaszcza że rzucają one pewne światło na sprawę dokładniejszej lokalizacyi złogów skrobiowatych w tych guzach.

Przypadek mój dotyczył 57-letniego mężczyzny, który zmarł na raka żołądka z bardzo licznymi przerzutami w wątrobie i w gruczołach chłonnych. Po wyjęciu ze zwłok narządów szyjnych i przy oglądaniu dostępu do krtani zauważyłem znaczne zgrubienie zwłaszcza tylnej części lewego fałdu nalewkowo-nagłośniowego, przyczem zgrubienie to tworzyło jakby guzek podłużny (2,5 cm. długi, 1,5 cm. szeroki, 7 mm. gruby), twardy, pokryty przez błonę śluzową, posiadający powierzchnię nierówną, lekko groszkowaną; guzek ten nieściśle od otoczenia odgraniczony wnikał wgłąb, sięgał w obręb mięśni nalewkowych (mm. arytaenoidei) i obejmował znajdujące się w tej okolicy chrząstki Wrisberga i Santoriniego, a nawet częściowo i chrząstkę nalewkowatą. Na przekroju guzek miał wejrzenie niejednostajne, miejscami był wyraźnie szarawy, przeświecający, miejscami więcej brunatnawo-różowy; w głębi guzka widoczne były znajdujące się tutaj chrząstki i mięśnie. Ze względu na obecność w tym przypadku raka żołądka z bardzo licznymi przerzutami (między innymi stwierdziłem obecność przerzutu w oponie twardej) mimowoli nasuwać się musiało przypuszczenie, że również i tutaj mamy przerzut tego nowotworu; niezwykłe jednak usadowienie tego guzka, jak również wejrzenie i ogólne jego zachowanie się, przemawiały przeciwko temu przypuszczeniu i nakazywały raczej myśleć o jakiejś sprawie zupełnie odrębnej, czysto miejscowej, od raka żołądka zupełnie niezależnej. Celem rozstrzygnięcia mogących się nasuwać wątpliwości (nowotwór, kilak, guz skrobiowaty) wyciąłem cały ten guzek i przechowałem go do zbadania mikroskopowego w 2°/₀ rozczynie formaldehydu.

Po 24-godzinnem ustaleniu guzka w formalinie w preparatach zabarwionych hematoksyliną i eozyną stwierdziłem obecność wielkiej ilości nierównomiernie rozmieszczonych mas, podbarwionych eozyną i mających wejrzenie jednolite szkliste; obraz ten nasunął mi podejrzenie w kierunku skrobiawicy miejscowej, co też zostało potwierdzone przez zabarwienie zaraz preparatów metodami powszechnie do wykrycia substancyi skrobiowatej stosowanemi: pod wpływem jodu znalezione masy przybrały zabarwienie wyraźnie brunatno-kasztanowate, które to zabarwienie wzmogło się jeszcze silniej po następowem zadziałaniu kwasu siarkowego, przyczem jednak nie wystąpiło zabarwienie zielonkawe lub niebieskawe, które zresztą, jak wiadomo, niezawsze w tych razach występuje. Pod wpływem fioletu metylowego masy te przybrały piękne fioletowo-czerwone zabarwienie, podczas gdy tkanki niezmienione zabarwiły się fioletowo niebiesko. Dodatni wynik tych badań nie pozwolił wątpić, że w danym przypadku mamy przed sobą zmiany skrobiowate; ze względu zaś na brak zmian skrobiowatych w narządach wewnętrznych musiałem uważać znaleziony guzek za rzadki okaz skrobiawicy miejscowej.

Wobec tego przystąpiłem do badania szczegółowego, barwiąc preparaty hematoksyliną i eozyną, dalej metodą Van Giesona i wreszcie metodą Unny-Taenzera. Celem wyraźnego rozgraniczenia stwierdzonych już w guzku rozległych zmian skrobiowatych od mogących w tychże preparatach istnieć jednocześnie zmian szklistych próbowałem po paru tygodniach ponownie zabarwić w nich substancyę skrobiowatą zwykłemi metodami, niestety jednakże (jak to zresztą często zdarza się przy skrobiawicy) preparaty utraciły już swoją barwliwość charakterystyczną i wspomniane odczyny wypadły już bardzo słabo i niewyraźnie.

Wyniki szczegółowych moich badań mikroskopowych w tym przypadku dają się w krótkości streścić następu-

---

*) Dwa takie przypadki spostrzegał również, lecz ich drukiem nie ogłosił prof. Browicz (jeden z tych przypadków wspólnie z prof. Pieniążkiem). *Uwaga autora.*

jąco: Powierzchnia znalezionego guzka na całej przestrzeni była pokryta utrzymanym wielowarstwowym nabłonkiem płaskim, którego grubość jednakże była nierównomierna; w wielu miejscach skutkiem wpuklania się tutaj mas skrobiowatych (o których mowa niżej) nabłonek wyraźnie był rozciągnięty, tu i owdzie zredukowany zaledwie do paru warstw komórek; na preparatach barwionych metodą Van Giesona miejscami widoczne było odgraniczenie mas skrobiowatych od nabłonka przez grubszy lub cieńszy pokład tkanki łącznej włóknistej, miejscami jednakże nie było już ani śladu tej tkanki i masy skrobiowate wprost wdzierały się w obręb samego nabłonka. Pod nabłonkiem częściowo można było jeszcze wyróżnić dość obfite pozostałości właściwego utkania tej okolicy, a mianowicie przeważnie dużą ilość tkanki włóknistej, w głębszych zaś warstwach także chrząstki (częściowo chrząstka szklista, częściowo sprężysta) i wreszcie mięśnie prążkowane (z mięśni nalewkowych); prócz tego w warstwach, zwłaszcza powierzchownych podnabłonkowych, zwracała uwagę obecność nierównomiernie rozmieszczonych, nieściśle od otoczenia odgraniczonych gniazd komórkowych, złożonych głównie z komórek plazmatycznych.

Przeważną jednak masę utkania wyciętego z krtani guzka stanowiły wspomniane masy skrobiowate, mające różnorodne wejrzenie i rozmieszczone bardzo nierównomiernie. W miejscach mało zmienionych zrzadka tylko widać było małą ilość substancyi skrobiowatej wśród tkanki łącznej, głównie zaś masy skrobiowate gromadziły się w ścianach naczyń i dookoła gruczołów (o których niżej będzie jeszcze mowa), i to w ten sposób, iż tworzyły one niejednokrotnie dookoła światła zupełne pierścienie, na których często osadzony był wprost bezpośrednio śródbłonek naczynia, względnie nabłonek gruczołu; miejscami można było zauważyć, że pierścienie te — grubiejąc coraz więcej — zaciskają i zwężają światło naczynia względnie gruczołu, przyczem światło to w końcu zanikało zupełnie; w środku takiego szerokiego pierścienia niekiedy widoczne były jeszcze szczątki wyściółki komórkowej, która jednak w innych miejscach znikała już zupełnie i początkowy pierścień w ten sposób przekształcał się w litą masę substancyi skrobiowatej, tworząc odpowiednio do swego pochodzenia i przekroju (poprzecznego czy podłużnego) jużto gniazda okrągłe, już też podłużne, oddzielone od siebie pozostałościami utrzymanej tkanki włóknistej. Skutkiem takiego rozwoju sprawy w wielu miejscach wyraźna była opisywana przez licznych autorów w analogicznych przypadkach budowa jamkowata, gdzie utrzymane pozostałości tkanki łącznej tworzą w obrazie optycznym jakby sieć, której oka są wypełnione masami skrobiowatemi.

Zupełnie podobne pierścieniowate otoczki z substancyi skrobiowatej widywałem nietylko dookoła naczyń i gruczołów, lecz także dookoła mięśni prążkowanych i to zarówno dookoła oddzielnych włókien mięsnych, jak i całych ich pęczków; i tutaj znowuż w miarę grubienia pierścienia włókna mięsne utracały swą budowę i powoli zanikały, a początkowy pierścień przekształcał się w lity twór okrągły lub podłużny, zależnie od przekroju.

W wielu miejscach opisanego przed chwilą rozmieszczenia substancyi skrobiowatej już niepodobna było wyróżnić, co najwyżej tu i owdzie w środku brył substancyi skrobiowatej zauważyć można było szczątki jąder jakichś zanikających komórek, przeważnie zaś tutaj była nagromadzona substancya skrobiowata w postaci różnej wielkości na pozór jednolitych brył, wstęg i sznurów. Przy dokładniejszem jednak badaniu wśród tych mas jednolitych widać było niejednokrotnie drobne szczelinki podłużne, przypominające szczeliny limfatyczne i niekiedy posiadające wyraźną wyściółkę śródbłonkową; w preparatach barwionych metodą van Giesona, względnie Unny-Taenzera, wśród tych pozornie jednolitych mas wcale często można było jeszcze wyróżnić pozostałości włókien łącznotkankowych i włókien sprężystych.

Dodać należy, że opisane bryły i grudy substancyi skrobiowatej pospolicie były otoczone przez tkankę łączną włóknistą, której szczupłe, niekiedy przylegające wprost do substancyi skrobiowatej jądra mogły imitować śródbłonek, wyścielający jakiś uprzednio istniejący przewód, wypełniony substancyą skrobiowatą. Obrazy te, jak to zobaczymy dalej, dały wielu autorom powód do uważania ich za naczynia chłonne, wypełnione substancyą skrobiowatą, przeciwko jednak takiemu przypuszczeniu z wszelką stanowczością przemawia podniesiony przez Schildera[12]), a również i przezemnie stwierdzony fakt, iż w tych pozornie jednolitych masach niejednokrotnie przez odpowiednie barwienie można było stwierdzić obecność pozostałości włókien łączno-tkankowych lub sprężystych. Fakt ten wymownie świadczy, iż masy te nagromadziły się niejako na gruzach tkanki, a nie w jakimś poprzednio istniejącym kanale. Wreszcie wspomnieć również należy, iż na obwodzie mas skrobiowatych niejednokrotnie widywałem także twory olbrzymie — wielkie masy protoplazmatyczne z licznemi jądrami, tu i ówdzie jakby wżerające się w substancyę skrobiowatą i odgrywające tutaj niewątpliwie rolę tworów olbrzymich około ciał obcych (Fremdkörperriesenzellen niemieckich autorów).

Przy powyższym opisie parokrotnie wspominałem o gruczołach, co do których należałoby nieco dokładniej się zastanowić, z jakimi gruczołami mieliśmy tutaj do czynienia. Oczywiście przedewszystkiem nasuwać mi się musiało przypuszczenie, że były to mogące znajdować się w tej okolicy gruczoły śluzowe; jednakże cechy mikroskopowe tych gruczołów przemawiały przeciwko takiemu przypuszczeniu. Gruczołów tych wogóle było stosunkowo niewiele, ponieważ przeważna ich część uległa częściowemu lub całkowitemu zanikowi w związku z opisanemi zmianami skrobiowatemi; w miejscach jednak, w których gruczoły te jeszcze dobrze się utrzymały, miały one kształt pęcherzyków, wysłanych niesluzowaciejącym nabłonkiem brukowym; w ich świetle nigdy nie widywałem śluzu, a natomiast często znajdowała się tutaj treść, częściowo lub całkowicie wypełniająca światło pęcherzyka, posiadająca wejrzenie zupełnie jednolite, podbarwiająca się silnie eozyną i nie dająca odczynu substancyi skrobiowatej, jednem słowem zachowująca się jak kolloid. Ogólnie biorąc, znalezione przezemnie tutaj gruczoły swemi cechami najwięcej przypominały utkanie tarczycy; przytem należałoby podkreślić, że prawie niepodobna wyobrazić sobie takiego nieprawidłowego stanu gruczołów śluzowych, przy którym mogłyby one przybrać tak wybitne cechy mikroskopowe tarczycy.

Z przytoczonych względów uzasadnionem wydaje mi się przypuszczenie, że w danym przypadku mieliśmy do czynienia ze skrobiawicą miejscową, rozwijającą się w obrębie i w sąsiedztwie usadowionej w niezwykłem miejscu tarczycy dodatkowej. Takie tarczyce dodatkowe w obrębie dróg oddechowych (w krtani i tchawicy) zdarzają się wogóle dość rzadko, były już jednak niejednokrotnie opisywane. Również niejednokrotnie opisywano i zmiany skrobiowate w tarczycy (patrz zwłaszcza prace Schildera), stąd też kombinacya tych dwu procesów w jednem miejscu w krtani wydawać się musi najzupełniej możliwą. A podnieść jeszcze należy, że przy opisach przypadków guzów skrobiowatych w drogach oddechowych już niejednokrotnie różni autorowie (jak np. Ziegler[13]), Glockner[14]), Schönhof i inni) podnosili, że w znalezionych tam gruczołach wrzekomo śluzowych widywali gromadzenie się mas koloidowych, co mimowoli nasuwać musi przypuszczenie, że i w tych przypadkach mogło chodzić o skrobiawicę miejscową w tarczycy dodatkowej. Reich w pracy swojej wprost powiada, że w spostrzeganym przez siebie przypadku niejednokrotnie widywał obrazy, uderzająco podobne do obrazów opisanych przez Schildera przy skrobiawicy tarczycy; mimo to Reich nie decyduje się jeszcze na rozpoznanie skrobiawicy miejscowej w dodatkowej tarczycy, ponieważ jak powiada, »zur Diagnose einer Struma intratrachealis amyloides fehlte der sichere Nachweis von Schilddrüsenfollikeln«. Również i ja nie mógłbym zupełnie stanowczo twierdzić tego co do swego przypadku, w każdym jednak razie przypuszczenie to wydaje mi się najprawdopodobniejszem i uzasadnionem znalezionymi przezemnie obrazami mikroskopowymi.

Co się tyczy sprawy dokładniejszej lokalizacyi złogów skrobiowatych w przypadkach skrobiawicy miejscowej, to pierwszy M. B. Schmidt[15]) wypowiedział twierdzenie, iż gromadzi się ona głównie w świetle naczyń chłonnych; pogląd ten zyskał ogólne uznanie i dotychczas utrzymuje się w nauce. Swoje twierdzenie oparł Schmidt na tem, że substancya skrobiowata w tego rodzaju przypadkach często występuje w postaci sznurów, pasm i wstęg, posiadających niejednokrotnie na obwodzie jakby wyściółkę śródbłonkową. Obrazy takie widywałem i ja w swoim przypadku, widywali je również i inni autorowie, nawet jeszcze przed Schmidtem (Leber[16]), Reymond[17]), v. Hippel[18]), Mandelstamm i Rogowicz[19]) i inni, zwłaszcza w przypadkach skrobiawicy miejscowej spojówki). Pierwszy jednakże Schmidt wypowiedział twierdzenie, iż obrazy te świadczą o gromadzeniu się substancyi skrobiowatej w świetle dawniej już w tkance znajdujących się kanałów, wysłanych śródbłonkiem, a więc w świetle naczyń chłonnych. Przeciwko temu poglądowi w nowszych czasach wystąpił Schilder, stwierdzając w tych — pozornie wypełniających naczynia chłonne — masach skrobiowatych obecność włókien łącznotkankowych i sprężystych, które w świetle naczyń chłonnych istnieć nie mogą. Jednocześnie Schilder w swoim przypadku stwierdził gromadzenie się substancyi skrobiowatej w ścianach i dookoła naczyń, gruczołów i mięśni prążkowanych. Również i Reich występuje przeciwko twierdzeniu Schmidta i stara się uzasadnić pogląd, że opisane przez Schmidta i istotnie pospolicie zdarzające się obrazy mikroskopowe zawdzięczają swe pochodzenie przeobrażeniu skrobiowatemu wydłużonych, rozszerzonych i rozgałęzionych cewek gruczołowych (»dass die Amyloidumwandlung der verlängerten, erweiterten und verzweigten Drüsenschläuche jenes Bild entstehen lassen könnte«). Świeżo jednakże Schönhof przy opisie swego przypadku wyraża pogląd, że znalezione przez niego zmiany dają się częściowo wytłómaczyć zmianami skrobiowatemi w ścianach naczyń krwionośnych, częściowo jednakże są zależne od gromadzenia się substancyi skrobiowatej w świetle poprzednio już istniejących przestworów limfatycznych.

Ze względu na tę różnorodność zapatrywań poszczególnych autorów zwróciłem w tym kierunku baczniejszą uwagę przy badaniu mikroskopowem swego przypadku. Wychodząc z założenia, że tylko z zachowania się mało jeszcze zmienionych części preparatu można wyprowadzać pewne wnioski co do miejsca pierwotnego odkładania się substancyi skrobiowatej, badałem w pierwszym rzędzie właśnie te części: w późniejszym rozwoju sprawy — w miarę coraz większego gromadzenia się substancyi skrobiowatej, zlewania się jej grud ze sobą i jednoczesnego zaniku samej tkanki — charakterystyczne obrazy muszą się zacierać i łatwo mogą dawać powód do pomyłek. Jak widzieliśmy przy opisie wyników moich badań mikroskopowych, w mało zmienionych częściach preparatu gromadziła się substancya skrobiowata zrzadka tylko wśród samej tkanki łącznej, głównie zaś — w ścianach i dookoła naczyń krwionośnych, gruczołów, mięśni prążkowanych, podobnie zresztą, jak to w swoim przypadku opisuje Schilder. W miarę coraz większego gromadzenia się tej substancyi tutaj, pierwotne pierścienie zacieśniały się coraz więcej, tkanka zanikała, złogi skrobiowate przekształcały się w lite twory — okrągłe na przekrojach porzecznych, podłużne na przekrojach podłużnych. Znajdujące się na obwodzie tych złogów skrobiowatych szczupłe jądra przyległej i utrzymanej tkanki włóknistej bardzo łatwo mogły imitować wyściółkę śródbłonkową jakiegoś poprzednio istniejącego kanału, wypełnionego obecnie masami skrobiowatemi. Pośród tych mas, podobnie znowuż jak Schilder, niejednokrotnie widywałem pozostałości włókien łącznotkankowych i sprężystych. Włókna te w zmiennej ilości znajdowały się również i w obrębie wielkich skupień mas skrobiowatych, przyczem w miejscach tych tu i owdzie widoczne były jeszcze szczeliny wysłane śródbłonkiem, sprawiające wrażenie szczelin limfatycznych i nie zawierające zupełnie mas skrobiowatych.

Na podstawie streszczonych tutaj wyników badania histologicznego — przynajmniej co do mego przypadku — oświadczyć się muszę przeciwko ogólnie w nauce przyjętemu, a po raz pierwszy przez Schmidta wypowiedzianemu poglądowi, że w przypadkach skrobiawicy miejscowej substancya skrobiowata z reguły osadza się w świetle naczyń chłonnych. Przeciwnie, znalezione przezemnie obrazy potwierdzają słuszność poglądów, wypowiedzianych już częściowo przez Schildera, częściowo i przez Reicha; badania moje stwierdzają, że przy skrobiawicy miejscowej substancya skrobiowata nie gromadzi się w naczyniach chłonnych, natomiast gromadzi się głównie w ścianach naczyń krwionośnych, dookoła gruczołów i mięśni prążkowanych, częściowo zaś także i wśród samej tkanki łącznej. Przy dalszem gromadzeniu się substancyi skrobiowatej elementy

tkankowe coraz bardziej zanikają, masy skrobiowate zlewają się ze sobą w nieregularnie rozmieszczone grudy, przyczem pospolicie powstawać mogą obrazy, mogące imitować gromadzenie się substancyi skrobiowatej w naczyniach chłonnych.

Sprawa pochodzenia substancyi skrobiowatej w przypadkach skrobiawicy miejscowej jest może jeszcze mniej wyjaśniona, niż przy skrobiawicy ogólnej, nad sprawą tą jednak nie zamierzam na tem miejscu szerzej się zastanawiać, ponieważ znalezione przezemnie obrazy nie dostarczyły mi żadnych nowych danych. Chciałbym tylko podkreślić, że znalezione przezemnie obrazy mikroskopowe przemawiają za zupełnie biernem zachowaniem się tkanek w tego rodzaju przypadkach; tkanki te w miarę gromadzenia się substancyi skrobiowatej giną, zanikają, a ilość substancyi skrobiowatej mimo to zdaje się powoli, lecz wciąż wzrastać, przyczem w końcu tworzą się niekiedy nawet dość znaczne guzy, składające się głównie z substancyi skrobiowatej. Szczegóły te podobnie zresztą, jak i przy skrobiawicy ogólnej, przemawiałyby przeciwko tworzeniu się substancyi skrobiowatej na miejscu, a raczej za jej doprowadzaniem do tego miejscą w stanie niejako już gotowym. Nawet przypuszczenie, że substancya skrobiowata wytwarza się na miejscu z doprowadzonych tutaj surowych niejako materyałów przy czynnym współudziale komórek, nawet takie przypuszczenie wydaje mi się mało prawdopodobnem, na podstawie znalezionych przezemnie obrazów mikroskopowych. Wobec tego sprawa powstawania substancyi skrobiowatej wymaga dalszych szczegółowych badań, przyczem słusznym wydaje mi się pogląd, że poprzednio już w danem miejscu istniejące zmiany patologiczne (sprawy zapalne przewlekłe, kiła, guzy nowotworowe i t. p.) mogą usposabiać tkankę do osadzania się substancyi skrobiowatej właśnie w tem miejscu. W moim przypadku takim czynnikiem usposabiającym do gromadzenia się substancyi skrobiowatej w fałdzie nalewkowo-nagłośniowym mogło być przypuszczalne istnienie w niezwykłem tutaj miejscu usadowionej dodatkowej tarczycy.

Na zakończenie w kilku słowach chciałbym zwrócić uwagę na praktyczne znaczenie guzów skrobiowatych. Ze względu na swe względnie częste usadowienie na języku i w drogach oddechowych oraz ze względu na stosunkowo znaczne rozmiary, do jakich mogą dochodzić — guzy te niejednokrotnie mogą dawać powód do groźnych nawet zaburzeń, zwłaszcza w oddychaniu i stąd do interwencyi lekarskiej. Ze względu na małą znajomość ogólną tej sprawy, ze względu na brak cech charakterystycznych, brak ścisłego odgraniczenia, często zdarzającą się mnogość i t. d. guzy te bez badania mikroskopowego łatwo mogą być uznane za nowotwór złośliwy i dać powód do nieobojętnego dla chorego zbyt radykalnego zabiegu operacyjnego. Tak było w przypadku, ogłoszonym przez Courvoisier[20]) i Kaufmanna-Johanniego[21]), gdzie z powodu podejrzenia w kierunku raka zamierzono wykonać całkowite wycięcie krtani, gdzie jednak przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego chora zmarła z powodu przypadkowych powikłań. Natomiast w jedynym (o ile mi wiadomo) dotychczas operowanym przypadku guza skrobiowatego w tchawicy (przypadek Reicha) guz został łatwo usunięty przez otwór po krikotracheotomii, chory wrócił do zupełnego zdrowia i w 4 miesiące po operacyi nie można było zauważyć żadnego śladu nawrotu tej niezwykłej sprawy chorobowej. Dodam, że szczegółowe badania mikroskopowe każdego zgrubienia i guza w drogach oddechowych niewątpliwie stwierdziłyby znacznie większą, niż to się ogólnie przyjmuje, częstość skrobiawicy miejscowej. I ten tutaj opisany przypadek bez badania mikroskopowego musiałby pozostać nierozpoznanym.

Piśmiennictwo. 1) Askanazy cytowany podług Schönhofa. 2) Tilp. Ueber lokales tumorförmiges Amyloid der Harnröhre. Centralbl. f. allgem. Pathologie T. XX. 3) Edens. Ueber lokales und allgemeines Amyloid. Virchows Archiv 1906 T. 184. 4) Solomin. Ueber lokales circumscriptes Amyloid in der Harnblase. Prager medic. Wochenschrift 1897. 5) Luksch. Ueber lokale Amyloidbildung in der Harnblase. Verhandl. d. deutsch. patholog. Gesellsch. 1904. 6) Beneke i Bönning. Zieglers Beiträge T. 44. 7) Wild. Zieglers Beiträge 1886 T. 1 (cytowany podług Kschischo. Ueber Amyloid der Lunge. Virchows Archiv 1912 T. 209). 8) Steinhaus. Zeitschr. f. klin. Medizin 1902 T. 14. (cytowany tamże). 9) Reich. Ueber die Amyloidtumoren der Trachea. Bruns Beiträge z. klin. Chirurgie 1909. T. 65. 10) Schönhof. Ein Beitrag zur Kenntniss des lokalen tumorförmigen Amyloids. Frankf. Zeitschr. f. Pathologie 1913. T. 12. 11) Meyer Oskar. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. T. 8. 12) Schilder. *a*) Ueber einige weniger bekannten Lokalisationen der amyloiden Degeneration. *b*) Ueber einen Fall von lokalem Amyloid des Zungengrundes. Obydwie prace w Zieglers Beiträge 1909 T. 46. 13) Ziegler. Amyloide Tumorbildung in der Zunge und dem Kehlkopf. Virchows Archiv 1875 T. 65. 14) Glockner. Ueber lokales tumorartiges Amyloid der Larynx etc. Virchows Archiv 1900 T. 160. 15) Schmidt M. B. Ueber lokale Amyloidtumoren der Zunge. Virchows Archiv 1896 T. 143. 16) Leber *a*) Ueber amyloide Degeneration der Bindehaut des Auges. Arch. f. Ophth. 1873 T. 19; *b*) Ueber die Entstehung der Amyloidentartung, tamże 1879 T. 25. 17) Reymond, 18) v. Hippel, 19) Mandelstamm i Rogowicz cytowani podług Herxheimera: Ueber multiple Amyloidtumoren des Kehlkopfs und der Lunge, Virchows Archiv 1903, T. 174. 20) Courvoisier. Münchener mediz. Wochenschr. 1902. 21) Johanni. Ueber einen Amyloidtumor des Kehlkopfs und der Trachea. Archiv f. Laryngologie 1903 T. 14

Uwagi o operacyach usznych

(na zasadzie doświadczeń czterech lat ostatnich)

napisał

Franciszek Nowotny.

Uwagi niniejsze opieram na materyale kliniki otyatrycznej w Krakowie. Materyał nasz nie jest zbyt obfity, co jednak tem się tłómaczy, że klinika nasza, pomieszczona dotąd w warunkach fatalnych i zbyt szczupła, nie ma osobnego oddziału otyatrycznego, a praca na tem polu rozwinęła się u nas nieco więcej dopiero od czasu otwarcia ambulatoryum otyatrycznego przed 20 laty. Ambulatoryum to z małych zrazu początków wzrosło dziś do około 3.000 przypadków rocznie, stąd też i materyał operacyjny w ostatnich właśnie latach częściej się nasuwał.

Wprawdzie w ostatnich 4 latach operowaliśmy tylko 160 przypadków, jednakże liczę tu tylko przypadki antrotomii i operacyi doszczętnej, nie liczę zupełnie operacyi drobniejszych, ambulatoryjnie wykonywanych. Zresztą materyał nasz nie jest tak bardzo szczupły, jeśli się zważy, że ludność nasza jeszcze niezbyt przywykła do operacyi usznych i niechętnie im się poddaje; ilustruje to n. p. fakt, że podług statystyki Radlińskiego, w klinice chirurgi-

cznej krakowskiej w przeciągu lat 10 tylko w 80 przypadkach wykonano operacyę uszną.

Ze 160 naszych przypadków, w 75 przypadkach wykonano antrotomię, w 85 operacyę doszczętną. Poszczególne powikłania cierpień usznych wymagały obok powyższych, jeszcze osobnych zabiegów; o ważniejszych tych powikłaniach, o sposobie ich operowania i wynikach, umieszczam sprawozdanie w osobnych rozdziałach.

Antrotomia.

Sposób wykonywania tej operacyi jest zbyt znany, by go opisywać; również nie wspominam o szeregu trudności operacyjnych, polegających jużto na samej budowie kości skalistej, jak też na najrozmaitszych powikłaniach cierpienia.

Metoda typowej operacyi znana, Schwartzego, cięcie łukowate poza uchem. Cięcia podanego przez Kadera używam tylko wtedy, gdy daleko ku tyłowi odsłonić trzeba wyrostek, przy powikłaniach, gdzie musimy oddłutowywać nietylko wyrostek, ale i części poza nim leżące. Przy ostrych lub przewlekłych sprawach zapalnych, gdy ponad wyrostkiem zmian nie spotykamy, w razie braku innych powikłań zeszywałem nieraz ranę, pozostawiając tylko sam dolny kącik wolny; do niego wprowadzałem cienki skrawek gazy. W ten sposób otrzymuje się nieraz prawie niewidoczną bliznę. Sposobu, podawanego w ostatnich czasach, by przy braku wszelkich powikłań zupełnie zaszyć ranę, użyłem w jednym przypadku z wybitnie dobrym wynikiem; zupełne wygojenie rany operacyjnej nastąpiło w przeciągu 10 dni.

W powyższych przypadkach antrotomii nie było ani razu porażenia pooperacyjnego nerwu twarzowego, pomimo iż niejednokrotnie operowali lekarze, z zabiegiem tym nieobeznani. Zniszczenie nerwu podczas dokonywania antrotomii uważam za gruby błąd operacyjny, który nigdy nie powinien się zdarzać. Za wręcz przeciwwskazane uważam niepotrzebne odsłonięcie zatoki. Odsłonięcie opony twardej w pewnych trudnych warunkach operacyjnych jest bardzo możliwe; potem ani razu nie uważałem złych następstw. Co do wskazań do samej antrotomii, to o ile w pewnych przypadkach są one ścisłe, to w innych zależeć będą od indywidualności operującego. Na podstawie własnego doświadczenia stwierdzić muszę, iż otyatra-chirurg będzie o wiele radykalniejszy od otyatry, który sam nie operuje. Niejednokrotnie widzimy przy operacyi rozległe i bardzo znaczne zmiany, które cofnąć się już nie mogą, przy bardzo małych objawach podmiotowych, jak i przedmiotowych. Szczególnie przy płonicy, w niektórych przypadkach złośliwych grypy, odry, przy objawach błędnikowych przy najlżejszem już choćby przypuszczeniu zakrzepu, operacyę musimy uważać jako rzecz nagłą. Ramy niniejszej pracy nie pozwalają na obszerne oznaczanie wskazań.

W 57 przypadkach poza zmianami w kości, ropniem pozamałżowinowym, ropniem szyjnym, i to zwykle głębokim, innych zmian nie było. Głębokie ropnie szyjne spotykaliśmy prawie zawsze przy t. zw. »mastoiditis Bezoldti«, t. j. przy przebiciu kości we wcięciu sutkowem (incisura mastoidea). Chorzy ci opuścili klinikę jako zupełnie wyleczeni. Z liczby 57, 35-krotnie dokonano operacyi w przebiegu ostrego, 22-krotnie w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego. Zmiany w kości w kilku przypadkach były ogromne, w dwu doszło do zupełnego oddzielenia się wyrostka sutkowego. Z kategoryi powyższych przypadków zaledwie kilka byłoby godnych wzmianki. I tak, u dziewczynki 13-letniej, w przebiegu grypy, występuje ostre zapalenie ucha środkowego, z silną bardzo gorączką, przekraczającą 40°, bolesnością i obrzmieniem wyrostka; objawy te, pomimo przekłucia błony bębenkowej i swobodnego zupełnie odpływu ropy, nie ustępują; wykonuję antrotomię, przy której okazuje się dość znaczne próchnienie kości. Po operacyi chwilowo tylko opada gorączka, podnosząc się potem do pierwotnej wysokości, występuje bardzo silny ból głowy, badanie zaś dna oka wykazuje zapalenie nerwu wzrokowego. Wobec tego otwarłem znowu ranę, odsłoniłem jamę czaszkową tylną, średnią, nigdzie atoli żadnych zmian nie zauważyłem. Objawy zapalenia nerwu wzrokowego w przeciągu tygodnia ustąpiły. Objawy powyższe odnieść przeto należy do działania toksyn. W przypadku drugim, operowanym przez praktykanta kliniki, po operacyi wystąpiła ślepota obustronna, niewyraźne mówienie, rozszerzenie i leniwe oddziaływanie źrenic. Badanie dna oka wykazało tylko silne niedokrwienie. Objawy te w przeciągu 4 tygodni ustąpiły. Jak tłómaczyć powyższe objawy, czy tak zwanem surowiczem zapaleniem mózgu (encephalitis serosa), które mogłoby wystąpić po operacyi, czy urazem operacyjnym?

W jednym przypadku wykonałem antrotomię z powodu gwałtownych bolów w uchu. Chory celem uwolnienia się od wojska wlał sobie do ucha zgęszczonego roztworu ługu, prawdopodobnie sodowego. Badanie, dokonane przezemnie w kilka lat potem, wykazywało tylko objawy przewlekłego ropnego zapalenia ucha, z zupełnem zniszczeniem błony bębenkowej. Antrotomia wykazała silnie zbitą kość wyrostka, jamę wyrostka, wielkości zaledwie małego bardzo groszku, bez zmian. Po operacyi bóle ustąpiły.

Co się tyczy etyologii cierpienia, to na 160 przypadków operowanych, zaledwie w kilkunastu przypadkach udało się ją przez wywiady wyszukać, i to przeważnie tylko przy cierpieniach ostrych. Przeważnie zupełnie ujemne wywiady nie zadziwią nikogo, kto zna zupełną prawie ignorancyę ludu naszego wobec cierpień uszu. Chorzy ci zgłaszają się na klinikę zwykle z trzech przyczyn, znacznego stopnia głuchoty, silnych bólów w uchu lub głowie, objawów błędnikowych lub mózgowych. Samo ropienie, szczególnie, jeżeli ono jest nieznaczne, nie sprowadza chorego do lekarza. Tem tłómaczy się niestosunkowo wysoka liczba przypadków ciężkich, powikłanych, wreszcie przypadków śmiertelnych. Jako przyczynę cierpienia można było stwierdzić płonicę, odrę, grypę, różę, w jednym przypadku paratyfus, w kilku przypadkach gruźlicę.

W 57 przypadkach ważniejszych powikłań nie było. W pozostałych 18 przypadkach, gdzieśmy dokonali tylko antrotomii, mieliśmy do czynienia z rozmaitemi powikłaniami, do nich najczęściej należały ropień zewnątrzoponowy, zakrzep w zatoce, tak zwyczajny, jak i ropny. Z 18 powyższych chorych zmarło 4, trzech z powodu rozlanego zapalenia opon, jeden z powodu ropnicy.

O powikłaniach poniżej będzie mowa.

Kilka słów wspomnieć chcę o leczeniu operacyjnem u niemowląt. Przy obrzmieniu i ropieniu ponad wyrostkiem sutkowym, w przebiegu ostrego lub przewlekłego zapalenia ucha środkowego, polecano wykonać u nich t. zw. cięcie Wildego, polegające na cięciu, sięgającem aż do kości, w obrębie płaszczyzny sutkowej (planum mastoideum). Cięcie to polecał również Körner u małych dzieci, u których ropniak wyrostka sutkowego (empyema antri) przedostaje się na zewnątrz przez szczelinę sutkowo-łuskową, wywołując tu ropień podokostny. Cięcia tego nie stosujemy prawie nigdy. Jeżeli zapalenie okostnej jest następstwem zwykłego zapalenia kości lub błony śluzowej komórek wyrostka sutkowego, to ustępuje ono przy odpowiedniem leczeniu zachowawczem, w razie głębszych zmian cięcie to nie wystarcza. Spostrzegałem 7 przypadków zmian zapalnych okostnej wyrostka sutkowego u dzieci w wieku od 3 do 21 miesięcy. We wszystkich przypadkach podczas operacyi stwierdziłem znaczne zniszczenie kości, ubytek kilka razy dochodził wielkości halerza. Leczenie polegało na wyskrobaniu łyżeczką i wyrównaniu brzegów rany kostnej. Zniszczenie sięgało zwykle przez całą grubość kości, aż do jamy sutkowej. U dzieci wyniszczonych, źle odżywionych, — a u nich to przeważnie powstają powyższe zmiany, — gojenie się rany pooperacyjnej trwa zwykle bardzo długo. Obok leczenia rany, bardzo ważnem jest podniesienia ogólnego odżywiania.

Operacya doszczętna.

Zabieg ten wykonano w 85 przypadkach. W mniejszej tylko części były to przypadki lekkie, w których zmiany ograniczały się do błony śluzowej i kości, nie przekraczając kości skalistej. Przeważnie były to przypadki ciężkie, zupełnie nie leczone. W całym szeregu tych przypadków operowano chorych jużto wśród objawów ropnicy, jużto zapalenia opon mózgowych, ropni mózgu i t. d. Do najczęstszych powikłań należały ropnie zewnątrzoponowe, śródoponowe, zakrzepy zatoki poprzecznej lub żyły szyjnej, ropnie mózgu. Bezpośrednią przyczyną śmierci było przeważnie rozlane ropne zapalenie opon miękkich, w kilku przypadkach ropnica lub posocznica. O wszystkich tych powikłaniach poniżej będzie mowa. Odpowiednio do ciężkości spraw zapalnych była i wysoka śmiertelność, na 85 przypadków operowanych, 24 śmierci. U kilku chorych zmiany kości były przyrody gruźliczej. Zmiany te przeważnie były bardzo rozległe, z licznemi powikłaniami, w dwu z tych przypadków śmierć z powodu następowego ropnego zapalenia opon. We wszystkich powyższych przypadkach było przedziurawienie błony aż do zupełnego jej zniszczenia, w znacznej liczbie polipy, ziarniny, tak ucha zewnętrznego jak i środkowego, opadnięcie ściany tylnogórnej, czasem przebicie jej, zmiany poza uchem, a mianowicie ropień ponad wyrostkiem. Przy ropniu okołozatokowym kilkakrotnie zauważyliśmy, iż ropień podokostny, pozamałżowinowy, usadowiony był na granicy kości skalistej i potylicznej, tak, iż już z siedziby jego można było czasem rozpoznać ropień okołozatokowy. Również często spotykaliśmy ropnie szyi, przeważnie głębokie, w jednym przypadku ropienie to szerzyło się aż do śródpiersia.

Dokładne badanie stopnia upośledzenia słuchu jest bardzo ważne. O ile przy zupełnej głuchocie lub znacznem upośledzeniu słuchu nie będziemy się wahać co do wyboru pomiędzy antrotomią a operacyą doszczętną, to przy słuchu utrzymanym, o ile się nie ma bezwzględnego wskazania do operacyi doszczętnej, raczej wybieramy pierwszą. W niektórych tego rodzaju przypadkach robiliśmy t. zw. nietypową doszczętną operacyę z pozostawieniem błony i kosteczek.

Nierównie ważniejsze jest przedoperacyjne badanie błędnika. Badanie to powinno być dokonane w każdym przypadku. Jeżeli nie ma żadnych objawów błędnikowych, badanie to może wykryć zniszczenie błędnika, ewentualnie obniżenie jego sprawności. Na podstawie ostatnich badań anatomopatologicznych wiemy, iż sprawy ropne tak błędnika, jak i ślimaka, nie należą do rzadkości. Bywają one bezpośredniem zwykle następstwem ropienia ucha. Ropienie tak błędnika, jak i ślimaka, jest powikłaniem bardzo poważnem, następstwem tegoż ropienia bywa często ograniczone ewentualnie rozlane zapalenie opon. Wydoskonalono też w ostatnich czasach metody chirurgicznego otwierania i usuwania ucha wewnętrznego.

Co do wskazań do wykonania tej operacyi istnieje jeszcze dość znaczna rozbieżność zdań. Zapalenie surowicze ustępuje z chwilą usunięcia ogniska pierwotnego, do zabiegu operacyjnego nie daje ono wskazania. Ale w tychże samych warunkach i zapalenie ropne nieraz cofa się zupełnie, lub też następują zmiany wsteczne, obojętne już dla całości ustroju. Jedni, nawet w razie wyraźnych objawów błędnikowych, ograniczają się zrazu tylko do wykonania operacyi doszczętnej i dopiero, jeżeli po tym zabiegu objawy podrażnienia błędnika trwają dalej, otwierają błędnik. Operacya ta byłaby natychmiast wskazaną, jeżeli istnieje obawa powikłań mózgowych, lub jeżeli się one już dają stwierdzić. Przy stwierdzeniu lub przy podejrzeniu co do sprawy ropnej błędnika, ale sprawy bez objawów, powyżsi otyatrzy również ograniczają się tylko do operacyi doszczętnej, sprawa ropna bowiem w błędniku i ślimaku może ustąpić. Drudzy, radykalniejsi, tak w jednym jak i w drugim przypadku wykonują odrazu otwarcie i usunięcie błędnika.

W sześciu przypadkach spotkaliśmy się z bardzo wyraźnymi objawami podrażnienia błędnika. Drżenie gałek ocznych, zawroty głowy, bezład błędnikowy, nudności, wymioty, były to najwydatniejsze objawy zapalenia błędnika. Objawy te po operacyi doszczętnej ustąpiły, tak, iż nie było przyczyny wkroczenia operacyjnego. W jednym z tych przypadków, równorzędnie z objawami błędnikowymi, wystąpiły i objawy zapalenia opon. U chorego ograniczyłem się do operacyi doszczętnej; chory w 12 godzin po operacyi zmarł wśród objawów zapalenia opon. W dwu przypadkach widocznej podczas operacyi przetoki, wiodącej do kanału półkolistego poziomego, kanał ten otwarłem; w obu tych przypadkach wyleczenie. U dwu wreszcie chorych, u których wykonałem operacyę doszczętną z powodu perlaka, zauważyłem odsłonięcie kanału poziomego błoniastego.

Odsłonięcie przewodów półkolistych możemy wykryć tak zwaną (choć niesłusznie) próbą przetokową. Polega ona na zgęszczaniu i rozrzedzaniu powietrza w przewodzie zewnętrznym. Występuje wtedy zwykle bardzo wyraźne drżenie oczu, przy zagęszczaniu zwykle w stronę ucha bada-

nego, przy rozrzedzaniu w stronę przeciwną. Ponieważ najczęściej ulega odsłonięciu kanał poziomy, drżenie ócz będzie poziome. Ważną jest t. zw. próba cieplikowa, przy której użyciu wykazać można nietylko zupełne zniszczenie błędnika, ale tak obniżenie, jak i wzmożenie jego sprawności. Zniszczenie jednego, a nawet obu błędników, zwykle po upływie pewnego czasu nie daje żadnych objawów podmiotowych, czynności te obejmuje móżdżek. Objawy zaburzenia równowagi mogą być również wywołane zmianami w móżdżku. Zróżniczkowanie, czy zaburzenia równowagi pochodzą od zmian w błędniku, czy móżdżku, natrafia często na bardzo znaczne, często na niedające się przezwyciężyć trudności. W tym kierunku daje nam nieraz ważne wskazówki próba wskazywania palcem (Baranyego Zeigeversuch).

Co do techniki operacyjnej, to stosowaliśmy metodę Zaufala. Zaledwie w kilku przypadkach, i to więcej dla zapoznania się z tą metodą, niż dla potrzeby, stosowałem metodę Stackego. Przy dokładnej znajomości anatomii ucha, przy pewnej wprawie, którą się nabywa, odpada, można powiedzieć prawie zupełnie, obawa operacyjnego urazowego zniszczenia nerwu twarzowego z następstwem porażenia twarzy. Jak wspomniałem powyżej, wśród 75 przypadków antrotomii ani razu nie zraniono nerwu twarzowego.

Na 85 przypadków operacyi doszczętnej w dwu przypadkach wystąpiło po operacyi stałe porażenie nerwu. W jednym z tych przypadków przerwano nerw przy skrobaniu łyżeczką. Cierpienie ucha było gruźliczem, obok rozległej ziarniny było próchnienie kości, które obejmowało i ścianę kanału nerwu i to w ramieniu dolnem, odsłaniając ją prawie zupełnie. Przy nieco za energicznym ruchu łyżeczki przerwano nerw. W drugim przypadku przy oddłutowywaniu t. zw. ostrogi zmiażdżono nerw; chodziło tu o próchnienie kości na tle perlaka. W trzecim przypadku wystąpiło czasowe porażenie, ustąpiło ono zupełnie w przeciągu 6 tygodni. Czwarty przypadek zasługuje na uwagę. Z powodu perlaka wykonałem operacyę doszczętną. Po operacyi porażenie nerwu twarzowego. W tym właśnie czasie opisał doc. Radliński metodę szycia nerwu, którą kilka razy wykonał na zwłokach. Przypuszczając przerwanie nerwu, nie mając osobistego doświadczenia pod tym względem, zaprosiłem kol. Radlińskiego do zeszycia nerwu. Tymczasem po otwarciu kanału okazało się, iż część tylko włókien uległa przerwaniu, tak, iż przypuszczać należało, iż porażenie jest tylko czasowe. Kol. Radliński nie zeszywał też nerwu, lecz tylko w kanał włożył odcinek nitki katgutowej. Chora ta zmarła wśród objawów niedomogi serca. Że długotrwałe ($1^1/_2$ godziny) uśpienie szkodliwie wpłynęło tu na czynność serca, nie ulega wątpliwości. A zarzut tem większy muszę sobie zrobić, iż operacya ta najprawdopodobniej była niepotrzebną, badanie odsłoniętego nerwu przemawiało za tem, iż czynność jego się wróci. Przypadek ten jest przestrogą, że z odsłonięciem nerwu nie należy się spieszyć i że zabieg odpowiedni powinien być wykonany dopiero wtedy, gdy mamy już pewność zupełnego przerwania ciągłości nerwu.

W czterech powyższych przypadkach, dwukrotnie operowałem ja sam, dwukrotnie lekarze pracujący na klinice. Odsetek porażenia operacyjnego jest więc bardzo mały, 2 przypadki na 160, i to przypadków nieraz bardzo ciężkich, gdzie warunki operacyjne były nieraz bardzo trudne. Ale i powyższe przypadki wystąpiły w pierwszych dwu latach; w ostatnich dwu latach nie było już żadnego przypadku operacyjnego porażenia nerwu. Z tego widzimy, że przy doszczętnej operacyi porażenie nerwu twarzowego wprawdzie jest możliwe, ale odsetek tak mały, iż przed operacyą o tem właściwie myśleć zupełnie nie powinniśmy. W klinice odsetek może okazywać różne wahania, ale tylko z tego względu, iż operacyę tę niejednokrotnie wykonywać muszą lekarze czasem początkujący.

I przy operacyi doszczętnej używałem przeważnie cięcia łukowatego poza uchem. W tych samych warunkach, co i przy antrotomii, używałem cięcia płatowego, podanego przez Kadera. Przy rozległych bardzo ropniach, sięgających nieraz wysoko ku górze, ku przodowi lub tyłowi, były wskazane niejednokrotnie cięcia dodatkowe. W przypadkach tych zeszywałem tylko część rany. W przypadkach, gdzie poza zmianami w kości i błonie śluzowej innych zmian nie było, stosowałem plastykę wedle metody Stackego, Pansego lub Körnera. Ale i wtedy niezawsze zupełnie ranę zeszywałem, czasem pozostawiałem sam dolny kącik wolny, przez który wprowadzałem cienki seton, który atoli usuwałem już przy pierwszym opatrunku, odtąd wprowadzając gazę już tylko przez przewód zewnętrzny. Przy powikłaniach plastyka nie jest wskazana.

Z 85 powyższych przypadków, 36 razy powodem operacyi doszczętnej były zmiany, ograniczające się do błony śluzowej, kości, do ropni pozamałżowinowych. W tych 36 przypadkach, 4 razy zejście śmiertelne z powodu rozlanego zapalenia opon miękkich. Punktem wyjścia był najprawdopodobniej błędnik, którego zmiany atoli przebiegały bez objawów.

W pozostałych 49 przypadkach mieliśmy najrozmaitsze powikłania. Niejednokrotnie operowałem już wśród objawów rozlanego zapalenia opon, ropnicy, ewentualnie posocznicoropnicy. Niejednokrotnie znajdowałem równocześnie prawie wszystkie możliwe powikłania, jak ropień zewnątrzoponowy, ropienie w zatoce lub żyle z przerzutami w płucach, ropień mózgu, wreszcie ropne zapalenie opon miękkich. Poniżej zajmuję się powikłaniami, osobno poświęcając kilka słów t. zw. perlakowi. Na te właściwie 49 przypadków, przypada 20 śmiertelnych. Jak wdzięczny teren stanowi leczenie operacyjne, wynika z rozdziałów następnych. Jeszcze przed niedawnym czasem lekarz wobec rozpoznania n. p. zapalenia opon stał bezsilny, obecnie w stosunkowo znacznym odsetku tego rodzaju przypadków chorego drogą operacyjną możemy uratować.

Perlak (cholesteatoma).

Cierpienie to spotykamy w przebiegu przewlekłego, ropnego zapalenia ucha środkowego. Polega ono na przejściu naskórka błony bębenkowej lub przewodu zewnętrznego na chorą śluzówkę ucha środkowego. Najczęstszym warunkiem powstania perlaka jest albo przedziurawienie błony bębenkowej lub też zrośnięcie się wciągniętej ku wewnątrz rękojeści młoteczka ze ścianą wzgórka (promontorium). Masy naskórka odśrodkowo bujającego częściowo się oddzielają i zostają albo samodzielnie, lub też przy przestrzykiwaniu ucha usuwane na zewnątrz. Rozwijając się atoli w wązkich przestrzeniach ucha środkowego, szczególnie w uchyłku nad-

bębenkowym, w jamie sutkowej i komórkach sutkowych, wywołują one zanik uciskowy kości, tak że z czasem ścianki, oddzielające poszczególne przestrzenie, ulegają zupełnemu zniszczeniu, powstaje jedna jama, sięgająca ku tyłowi i ku górze aż do opon mózgowych. Perlak taki przeważnie ulega rozpadowi i to posokowatemu, wywołującemu obok próchnienia i obumierania kości, ropne, częściej posokowate zapalenie śluzówki, ropnie zewnątrzoponowe, zmiany w zatokach, oponach miękkich, tkance mózgowej i t. d.

Rozpoznanie perlaka w nieznacznej tylko liczbie przypadków jest łatwe i pewne. Bardzo często kryje się on poza obrazem przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego wraz z jego powikłaniami. Na 160 przypadków operacyjnych, obserwowanych przezemnie, w 16 przypadkach stwierdzono perlaka. Zaledwie w 2 przypadkach otwór w błonie bębenkowej był przybrzeżny i to w błonie Shrapnella, w 2 przypadkach otwór usadowiony był w środku błony bębenkowej. W pozostałych 14 przypadkach albo błona była zupełnie zniszczona, cała jama wypełniona ziarniną, lub też opadnięcie ściany tylnogórnej nie pozwalało na dokładne obejrzenie błony. Typowe masy perlakowe zaledwie w kilku przypadkach można było widzieć. Poza niewinnem przedziurawieniem, i to jeszcze niezawsze przybrzeżnem, ileż razy kryje się rozpadający perlak ze złośliwemi powikłaniami.

Z zewnętrznego więc badania nie można przeważnie ocenić, jak daleko sprawa chorobowa się posunęła. Objawy odpowiadają zwykle objawom przewlekłego ropnego lub posokowatego zapalenia ucha. W 4 przypadkach wyrostek sutkowy nie okazywał przy badaniu żadnych zmian, w innych przypadkach spotykaliśmy obrzmienie, bolesność wyrostka, przebicie skóry, i to czasem w kilku punktach, próchnienie blaszki zewnętrznej, i to czasem bardzo rozległe. Opadnięcie ściany górnotylnej stwierdzono w 8 przypadkach, w kilku przebicie lub nawet zupełne zniszczenie ściany górnotylnej. Odpowiednio do tych zmian spotykaliśmy podczas operacyi czasem bardzo rozległe zmiany w kości, a mianowicie zniszczenie kości. W 4 tylko przypadkach zmiany ograniczały się do kości. W 6 przypadkach operacya wykazała ropień okołozatokowy, w jednym obok tego zakrzep w zatoce. U jednego chorego rozpadający się perlak wywołał porażenie nerwu twarzowego. Podczas operacyi odkryto jamę, łączącą szeroko ucho środkowe z jamą sutkową i wrzynającą się głęboko w kość skalistą, z otwarciem kanału półkolistego poziomego; po usunięciu mas perlakowych z kanału poziomego popłynęła obficie limfa; kość ponad jamą sutkową była zbita, twarda. W 11 przypadkach operacya dała wynik dodatni. W 5 przypadkach cierpienie zakończyło się śmiercią. W jednym przypadku po operacyi wystąpiło porażenie nerwu twarzowego.

O przypadku tym wspominałem obszerniej powyżej. Chora ta zmarła wśród objawów osłabienia czynności serca. Dwu chorych zmarło wśród objawów rozlanego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Jeden z nich operowany był już przy wyraźnych objawach zapalenia, a mianowicie porażenia nerwu twarzowego, okoruchowego, sztywności karku, zwolnienia tętna do 60. W przypadku drugim operacya wykryła rozległy ropień nadoponowy (epiduralny), obumarcie opony twardej, ropne zapalenie opon miękkich, zakrzep sposoczały w żyle. Śmierć wśród objawów rozlanego zapalenia opon i zapalenia płuc i opłucnej. W przypadku czwartym sekcya wykazała ropnicę z przerzutami w obu płucach, ropny zakrzep zatoki poprzecznej i skalistej, ostre zapalenie nerek. Obok operacyi doszczętnej otwarto zatokę poprzeczną. W przypadku piątym rozpoznanie sekcyjne (prof. Ciechanowski) brzmiało: »Septicopyaemia ex otitide media sin. Operatio radicalis propter otitidem med. sin. Residua trombophlebitidis ichorosae sinus sigmoidei sinistri. Abscessus epiduralis ad os tympani sinistrum. Meningitis ichorosa circumscripta ad basim cranii. Abscessus ichorosus superficialis hemisphaerii sin. cerebelli et lobi temporalis sin. cerebri. Abscessus septici dispersi pulmonis utriusque. Perforatio unius abscessuum ad cavum pleurae dextrae. Pyopneumothorax dexter«. Zabieg operacyjny polegał na operacyi doszczętnej, otwarciu ropnia, otwarciu zatoki i usunięciu zakrzepu.

We wszystkich czterech ostatnich przypadkach już podczas operacyi zmiany były tak rozległe i tak daleko posunięte, iż o zatrzymaniu sprawy chorobowej nie było mowy.

Już powyższa, choć nieznaczna statystyka przekonuje nas o ciężkości cierpienia, zwanego perlakiem. Nic też dziwnego, iż rozpoznanie tegoż cierpienia łączy się ze wskazaniem do operacyi doszczętnej; do samego otwarcia tylko jamy sutkowej nie wolno się nam ograniczać. Ale nie ma reguły bez wyjątku. Natura sama w niektórych przypadkach wyręcza lekarza. Sprawa chorobowa, rozwijając się powoli, może wywołać zniszczenie ściany tylnej, odsłonięcie uchyłka nadbębenkowego, wyrównanie wszelkich nierówności w wyrostku, tak, że przy badaniu widzimy rozległą jamę o ścianach równych, gładkich; przy równoczesnym zupełnym braku błony bębenkowei, jamę tę dokładnie możemy oglądnąć. Wprawdzie i w tej fazie wytwarzają się jeszcze masy łuszczącego się naskórka, jednak niebezpieczeństwa już teraz niema, tylko w zamkniętej bowiem przestrzeni tworzący się perlak grozi zanikiem uciskowym kości.

Przy tworzeniu się perlaka w uchyłku nadbębenkowym (atticus) i do niego ograniczonym perlaku, w niektórych przypadkach możemy się ograniczyć do rozszerzenia otworu w błonie Shrapnella, ewentualnie do wycięcia jej, do równoczesnego usunięcia młoteczka i kowadełka, nawet bez ich schorzenia, a to dla uzyskania zupełnie swobodnego odpływu ropy, do usunięcia mas perlakowych, do wyskrobania uchyłka łyżeczką, i do zachowawczego następowego leczenia, t. j. przestrzykiwania uchyłka alkoholem. Czynimy to jednak z tą świadomością, że prawdopodobnie zabieg ten nie wystarczy i że wcześniej czy później dojdzie do operacyi doszczętnej. Zabieg ten wykonujemy tylko przy braku wszelkich objawów, wskazujących na powikłania, u chorych, którzy mogą być pod ciągłą opieką lekarską, wreszcie zmuszeni jesteśmy do tej próby albo u ludzi wyniszczonych jakąś inną chorobą, lub u ludzi, niechcących się w żaden sposób zgodzić na operacyę doszczętną.

Co do objawów podmiotowych, to częściej, aniżeli w zwykłych ropnych zapaleniach, spotykamy się z bólem głowy, ciężkością głowy, niechęcią do pracy, ogólną prostracyą. Objawy te spotykałem w przypadkach perlaków bez wszelkich powikłań. Przy ropniach oponowych,

zakrzepach i t. d. nie byłyby te objawy już niczem charakterystycznem.

Ropień zewnątrzoponowy (abscessus epiduralis, pachymeningitis externa).

Cierpienia te spotykamy tak przy ostrych, jak i przy przewlekłych ropieniach uszu. Stosunkowo nawet często wytwarzają się te ropnie w przebiegu ostrego zapalenia uszu, żeby jednak ropnie te były częstsze, niż przy zapaleniu przewlekłem (Heine), temu już nawet na podstawie własnego doświadczenia stanowczo się muszę sprzeciwić. Przy ostrych zapaleniach na tle płonicy, grypy, odry, jeszcze się najczęściej z niemi spotykamy. Zmiany w kości, sięgające aż do opony, wywołują zakażenie opon wprost przez ciągłość (i to na rozlanej lub na ograniczonej przestrzeni) lub też ropienie przenieść się może drogą kanałów kostnych. Ropnie te spotykamy częściej w jamie czaszkowej tylnej, niż w środkowej, w przypadku pierwszym występują one jako ropnie okołozatokowe. W jamie czaszkowej środkowej spotykamy je zwykle ponad stropem jamy bębenkowej (tegmen tympani). Objawy, które daje ropień zewnątrzoponowy, przeważnie są tego rodzaju, iż rozpoznanie cierpienia tego w znacznej większości przypadków jest niemożliwe. Rokowanie jest dobre, zabieg chirurgiczny polega na usunięciu ogniska pierwotnego w uchu, odsłonięciu ropnia. Przy złośliwych zakażeniach lub długotrwałym przebiegu cierpienia sprawa zapalna ze ściany zewnętrznej przenieść się może na wewnątrz, wywołując niebezpieczne już zapalenie wewnętrzne opony twardej lub ropne zapalenie opon miękkich. Przy ropniu okołozatokowym istnieje zawsze niebezpieczeństwo, iż sprawa zapalna wywoła w zatoce zakrzep przyścienny lub zatykający. Przy zmianach ropnych w zakrzepie przychodzi do ciężkiego, bardzo często śmiertelnego powikłania, t. j. do ropnicy. Treść ropnia może być albo czysto ropną lub też posokowatą. Ale nawet i posokowate ropnie, zewnątrzoponowe, dają rokowanie dobre. Statystyka nasza wykazuje 28 ropni zewnątrzoponowych, z tych 11 bez powikłań. Z tych 11 przypadków wytworzył się ropień 5 razy w przebiegu ostrego zapalenia ucha, 6 razy w przebiegu zapalenia przewlekłego. W 8 przypadkach był to ropień okołozatokowy, w 2 ponad stropem jamy bębenkowej, t. j. w jamie czaszkowej środkowej, w jednym wreszcie przypadku w okolicy wyniosłości kanału półkolistego górnego (eminentia canalis semicircularis superioris). W ostatnim tym przypadku ropień otwarto, chory jednak zginął z powodu rozlanego zapalenia opon. To był jedyny przypadek zejścia śmiertelnego z tych 11 przypadków niepowikłanych. W reszcie przypadków ropień pozaoponowy wikłał się z najrozmaitszemi innemi zmianami, które w przypadkach zejścia śmiertelnego były tegoż przyczyną. Kość oddłutować zawsze musimy aż do miejsca, w którem opony już żadnych zmian nie przedstawiają. I w naszych przypadkach żadnych objawów wskazujących na to cierpienie nie było. Dno oka przedstawiało się zawsze prawidłowo, również i innych objawów wskazujących na zwiększenie ucisku nie było.

Zakrzepy.

Następstwem zmian zapalnych w ścianie zatoki są bardzo często zakrzepy zatoki. Zmiany zapalne w ścianie zatoki poprzecznej, które napotykamy w przebiegu ropni zewnątrzoponowych, nie w każdym przypadku wywołują wytworzenie się zakrzepu; w każdym jednak razie w tych przypadkach musimy baczną uwagę zwrócić na zatokę. Rozpoznanie zakrzepu w zatoce, opuszce lub w samej żyle szyjnej czasem jest łatwe, w innych przypadkach bardzo trudne. Rozpoznamy zakrzep, jeżeli w przebiegu ropienia ucha nagle wystąpi gorączka ropnicza z dreszczami i równoczesnem wytworzeniem się przerzutów, lub też, jeżeli na podstawie wysokiej, nieprzerywanej gorączki i z ciężkich objawów ogólnych przyjąć musimy ogólne zakażenie septyczne. W innych przypadkach rozpoznanie albo będzie niepewne, lub też nawet zupełnie niemożliwe. Objaw Griesingera i Gerhardta jest niepewny, to samo tyczy się i wyczuwania żyły szyjnej na szyi. Wyczuwalność tej żyły wyraźnie wystąpi dopiero wtedy, gdy pod wpływem sprawy zapalnej w samej ścianie żyły i jej otoczeniu, ściany żyły ulegną zgrubieniu, w otoczeniu zaś jej powstanie naciek. Objawu tego nie zauważyłem ani razu. Również tętnienie zatoki nie jest objawem pewnym, może ono być udzielone przez przekrwioną oponę twardą móżdżku.

W jednym z ostatnich przypadków, przezemnie operowanych, zatoka zewnętrznie wyglądała zupełnie prawidłowo, tętnienie było bardzo wyraźne, tymczasem sekcya wykazała zakrzep przyścienny, ropnie zmieniony. Przy zakrzepie szczelnie zamykającym światło naczynia, szczególnie przy zmianach wstecznych w zakrzepie, ściana naczynia będzie zapadnięta, rozpoznanie łatwe. Zgrubienie ściany zatoki niezawsze łączy się z zakrzepem. Jeszcze trudniej jest odróżnić zakrzep niezłośliwy od ropnie zmienionego. Jest to rzeczą ważną, gdy bowiem przy zwykłym zakrzepie ograniczamy naszą czynność do usunięcia ogniska pierwotnego, to w razie zakrzepu ropnego musimy zatokę lub żyłę otworzyć, zakrzep usunąć. Zakrzepy pierwszego rodzaju w podanych warunkach ulegają zorganizowaniu. Doświadczenie przekonuje nas, iż gdy nawet operujemy już przy pierwszych objawach ropnicy, to często z usunięciem ogniska pierwotnego ustępują objawy zakrzepu. Rozróżnianie zakrzepów niezłośliwych i ropnych jest czysto empiryczne, badania bakteryologiczne bowiem dowodzą, iż także w przypadkach zakrzepów niezłośliwych napotykamy mikroby zwykle tak w ścianach zatoki, jak i w zakrzepie, ilość ich jednak jest nieznaczna. Przy wyraźnych objawach ropnicy lub bakteryemii wskazanie otwarcia zatok jest ścisłem; gdy poniższe próby nie dają nam rozpoznania, przystępujemy do nakłucia lub otwarcia zatoki. Nakłucie próbne przy zakrzepach przyściennych daje często wynik niepewny. Najpewniejsze wyniki daje otwarcie zatoki. Przy zakrzepach przyściennych obfite krwawienie występuje po nacięciu zatoki, nie pozwala nieraz na ich rozpoznanie. Do pewnego rozpoznania zakrzepów przyściennych posługujemy się metodą Whitinga i Meiera. Po odsłonięciu zatoki uciskamy ją najpierw w kierunku ku dołowi, poczem wsuwamy tampon uciskający pomiędzy ścianę zatoki a kość, następnie przez przesunięcie palca wzdłuż zatoki ku górze wyciskamy z tego odcinka krew i znowu od góry uciskamy żyłę tamponem; w ten sposób kawałek zatoki żylnej uwalniamy od krwi, teraz dopiero nacinamy zatokę i badamy co do obecności zakrzepu. Byłaby to metoda najpewniejsza, jednak nie powinno się jej nadużywać, tak ze względu na możli-

wość wytworzenia się następowego zakrzepu, jak i ze względu na to, że po usunięciu tamponów, płynąca krew może porwać kawałki zakrzepu i przenieść je do ogólnego obiegu krwi. Wogóle mĕtod tych należy używać ostrożnie, nigdy bez ścisłego wskazania. Już samo odsłonięcie zatoki nie jest zabiegiem obojętnym. W dwu naszych przypadkach po odsłonięciu zatoki, następowo dopiero wytworzył się zakrzep, i to w jednym ropny. Przekonałem się o tem, operując chorych powtórnie. Obaj chorzy wyzdrowieli, z powodu atoli objawów ropnicy u jednego z nich musiałem otworzyć zatokę i zakrzep usunąć. Przy wykonywaniu operacyi doszczętnej w jednym przypadku zraniono zatokę prawidłową, czego następstwem był zakrzep. Również w dwu przypadkach po nacięciu próbnem zdrowej, jak się okazało, zatoki, następowo wystąpił zakrzep ropny, który znowu trzeba było usunąć.

Leczenie chirurgiczne w razie istnienia zakrzepu polegało na nacięciu i opróżnieniu zatoki łyżeczką, przyczem starałem się dojść do płynnej krwi, i to nawet w takich przypadkach, gdy w częściach obwodowych natrafiałem na zakrzep czerwony. Niektórzy w tych przypadkach radzą usunąć tylko zakrzep ropny, obwodowy zaś zakrzep czerwony pozostawić jako tamę, by części ropne nie dostały się do ogólnego obiegu krwi. Teoretyczna ta możliwość z doświadczeniem praktycznem zupełnie się nie zgadza. W przypadkach zakrzepu, zamykającego szczelnie światło zatoki, leczenie nasze polegało na usunięciu bocznej ściany zatoki i na usunięciu zakrzepu. W niektórych przypadkach spotykaliśmy zniszczenie ścian zatoki, tak, że płyn ropny lub posokowato ropny wprost wydobywał się z zatoki. Ściany zatok w tych przypadkach bywają poszarpane, brudno zielonawe. Najczęściej obraz ten spotykałem w przebiegu rozpadającego się perlaka.

Jeszcze trudniejsze jest rozpoznanie przyściennego zakrzepu w opuszce żyły. Leczenie polega na podwiązaniu żyły szyjnej. Zakrzep zamykający szczelnie światło opuszki, łatwiej już rozpoznać; służą do tego metody Whitinga i Manna.

W jednym przypadku, operowanym przezemnie, w przebiegu operacyi stwierdziłem ropień okołozatokowy, zatoka przedstawiała się jako postrzępiony pasek, wypełniony organizującym się skrzepem, w dole zatoki zakrzep zropiały. Usunąłem ścianę boczną zatoki, usunąłem zakrzep, a ponieważ od dołu nie dotarłem do płynnej krwi lub zdrowo wyglądającego zakrzepu, przeto wedle metody Vossa odsłoniłem całą opuszkę, otwarłem ją, usunąłem jej boczną ścianę i w ten sposób dopiero dotarłem do płynącej krwi. Chory ten niestety umarł wśród objawów rozlanego zapalenia opon.

Podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej polecają niektórzy zasadniczo, jako operacyę przedwstępną przed otwarciem zatoki, drudzy wskazanie to znacznie ograniczają, inni wreszcie wogóle je odrzucają. Na podstawie własnego doświadczenia klinicznego, szczególnie atoli na podstawie badania sekcyjnego, uważam podwiązanie żyły szyjnej wraz z jej wycięciem za zabieg poważny, który atoli w pewnych ściśle ograniczonych przypadkach powinien być dokonany. W tym przypadku zgadzam się z Heinem, który powiada: Podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej jest bez zastrzeżeń wskazane przy pierwotnym albo następowym zakrzepie opuszki, zamykającym światło, zakrzepie, który wywołał ogólne zakażenie ropne i przy istniejącym już zakrzepie samej żyły; operacya żyły powinna być dokonana przed otwarciem zatoki, obok tego musi być otwartą i opuszka.

W jednym przypadku spostrzegłem zakrzep zatoki jamistej. Voss jeden przypadek taki operował wedle metody Krausego, Lewera; chory umarł na zapalenie opon.

Ropnie mózgu.

Jednym z bardzo ważnych czynników etyologicznych ropni mózgu są cierpienia uszu, a mianowicie sprawy ropne ucha. Niektórzy podają nawet, iż 40—50% ropni mózgu wytwarza się na tle ropnego zapalenia ucha, wedle innych odsetek ten jest niższy. Statystyka nasza jest zbyt jeszcze mała, by z niej wyciągnąć pewne wnioski. Na 160 przypadków operowanych stwierdziliśmy 9 ropni, usadowionych głębiej w mózgu, 2 ropnie powierzchowne, jeden móżdżku, jeden móżdżku i płatu skroniowego. Odliczając ropnie powierzchowne, spotkaliśmy w 5 przypadkach ropień płatu skroniowego, w 4 ropień móżdżku.

Objawy ropnia mózgu zależą 1) od sprawy ropienia, 2) od cierpienia tkanki mózgowej, 3) od przyczyny ropienia, t. j. od choroby pierwotnej. Objawy te będą różne, zależnie od okresu cierpienia. Do najważniejszych ogólnych objawów należą: 1) zwiększenie się ucisku mózgu, 2) ból głowy, objaw zwykle najczęstszy i najwcześniejszy, 3) bolesność czaszki w miejscu odpowiadającem ropniowi, i to przy ucisku lub opukiwaniu, 4) wymioty, zwykle na szczycie bólu głowy, niezależnie od przyjmowania pokarmów, 5) zawrót głowy, bezład (ataxia) móżdżkowy, 6) drgawki, 7) niepokój, podniecenie, 8) zwolnienie tętna, 9) zapalenie nerwu wzrokowego lub brodawka zastoinowa.

Zmiany ciepłoty ciała zależą od sprawy ropienia. Ciepłota ciała może być 1) prawidłowa i to podczas całego przebiegu cierpienia, 2) podwyższona, 3) niższa od prawidłowej i to aż do 35·5. Oczywiście tylko ciepłota niższa od prawidłowej, o ile ją stwierdzamy, jest szczegółem, przemawiającym wybitnie za cierpieniem mózgu; ciepłota podwyższona tylko wtedy może przemawiać za ropniem w tkance mózgowej, jeżeli zdołamy wykluczyć wszelką inną przyczynę, co przy przewlekłych ropieniach uszu wraz z powikłaniami, nie dającemi się często rozpoznać, bywa rzeczą bardzo trudną.

Objawy ropnia mózgu będą różne, odpowiednio do okresu cierpienia. Przebieg ropnia możemy podzielić na 4 okresy: okres początkowy, okres cierpienia ukrytego, okres cierpienia jawnego, okres końcowy.

Objawy ogniskowe zależeć będą od siedziby ropnia. Jeżeli uwzględnimy, że w przebiegu przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego poza ropniem tkanki mózgowej mogą występować i najczęściej występują najrozmaitsze powikłania, to łatwo zrozumieć, jak trudnem, w niektórych przypadkach wprost niemożliwem, jest rozpoznanie ropnia mózgu. Do powikłań takich, poza którcmi kryje się ropień mózgu, należą ropnie zewnątrzoponowe, surowicze zapalenie opon mózgu, wreszcie zakrzepy ropne lub posokowate zatoki poprzecznej lub żyły szyjnej.

Na pięć przypadków ropni płatu skroniowego, w dwu przypadkach ropień rozpoznano przed operacyą i operowano z wynikiem dodatnim. Operowani mają się dotych-

czas zupełnie dobrze. W jednym przypadku przypuszczano wprawdzie ropień mózgu, wykonano nakłucie, jednak bez wyniku, dopiero sekcya wykryła przyczynę nieznalezienia ropnia.

W dwu innych przypadkach ropień płatu skroniowego ukrywał się poza innemi powikłaniami, nie dając żadnych objawów. Przypadki te zasługują na krótki przynajmniej opis.

I. D. 14. VI. 1910 zgłosił się I. D., 13-letni uczeń gimnazyalny, podając, iż od szeregu lat cierpi na ropienie z ucha prawego; w ostatnich kilku tygodniach miał wystąpić silny ból głowy po stronie prawej, śpiączka. Badanie wykazało zupełny brak błony bębenkowej, w jamie bębenkowej ziarnina, utrudniająca odpływ ropy. Badanie tętna wykazuje arytmię i zwolnienie tętna od 54—60. Ciepłota podwyższona, w dniu przyjęcia 38°, w dniu następnym 38·5°. Tętno i tego drugiego dnia zwolnione do 60. Źrenice oddziałują dość leniwo. Dno oka zmian nie przedstawia. Ucho lewe bez zmian. Rozpoznanie brzmiało: Przewlekłe ropne zapalenie ucha prawego z następową martwicą kości, wytworzenie się ziarniny i najprawdopodobniej ropienie płatu skroniowego. Przy operacyi doszczętnie dokonanej 16. VI. 1910 okazało się, iż przez blaszkę stropu jamy bębenkowej prowadzi przetoka. Po usunięciu stropu przekonałem się, iż przetoka ta prowadzi do jamy dość powierzchownej, umieszczonej w płacie skroniowym, wielkości jaja kurzego, wypełnionej obfitą ilością ropy cuchnącej. Otwór, wiodący do jamy, rozszerzyłem tępemi kleszczykami i po usunięciu ropy wprowadziłem gazę wyjałowioną. Przy następnych opatrunkach wprowadzałem do jamy sączek, owinięty gazą. Po trzech tygodniach ropienie zupełnie ustąpiło, jama wypełniła się, równocześnie z tem postępowało gojenie się rany operacyjnej. Tętno już zaraz po operacyi poprawiło się, w kilka dni po operacyi wahało się pomiędzy 80—90. Gorączka w kilka dni po operacyi ustąpiła. Od czasu operacyi minęło już prawie cztery lata, operowany zgłasza się od czasu do czasu na klinikę, czuje się zupełnie zdrowym; badanie ucha wykazuje tylko nieznaczne ropienie.

II. L. B. l. 49, zamieszkała w Sosnowcu. Od dzieciństwa ma niesłyszeć na ucho prawe. Ropienie od roku, od pół roku bóle głowy stałe, obejmujące tylko prawą stronę głowy. Obok tego pewna depresya, niechęć do pracy. Badanie wykazuje: brak błony bębenkowej po stronie prawej, z przodu widoczna tylko jej resztka, w tylnej górnej części jamy bębenkowej mała ziarnina, skąpa wydzielina ropna, upośledzenie słuchu bardzo znaczne. Tętno 104, od czasu do czasu wypadające. Dno oczu prawidłowe. Badanie neurologiczne z wynikiem ujemnym. Jedynym objawem, na którym opierało się moje rozpoznanie, prawdopodobnie ropnia mózgu, i to płatu skroniowego, był właściwie stały połowiczy ból głowy. Chora, nakłoniona przezemnie, poddała się operacyi doszczętnej ucha. Operacyę tę wykonałem d. 23. II. 1911. Podczas operacyi okazało się, iż kość wyrostka sutkowego jest zbita, twarda, komórek sutkowych zupełny brak, zatoka poprzeczna silnie ku przodowi położona, brak zupełnie jamy sutkowej. Po odsłonięciu uchyłka nadbębenkowego i usunięciu ściany tylnej, wyskrobaniu ziarniny łyżeczką, okazał się ubytek, i to dość rozległy, w stropie jamy bębenkowej. Przez ubytek ten można się było swobodnie dostać do jamy dość rozległej, wielkości prawie kurzego jaja. Usunąłem cały strop jamy bębenkowej, część łuski skroniowej i w ten sposób odkryłem na znacznej przestrzeni część skroniową mózgu. Poza przetoką, wiodącą do jamy, opona twarda niezmieniona. Z jamy tej nie wydobywa się żadna treść. Do jamy zakładałem tylko gazę wyjałowioną. Dopiero przy następnych opatrunkach z jamy wydobywała się skąpa ilość ropy. Po operacyi ustąpiły już w przeciągu kilku dni bóle głowy, tętno ze 104 spadło na 78, stało się regularne. Chorą tę widziałem po raz ostatni przed kilku miesiącami, stan jej zupełnie dobry.

Brak wszelkiej prawie wydzieliny w obszernej jamie płatu skroniowego tłómaczę szeroką przetoką, tak, że ropa swobodnie mogła odpływać na zewnątrz, po drugie wogóle nieznaczną prawdopodobnie ilością wydzieliny ropnej jamy.

Jak trudne w niektórych przypadkach może być wykrycie ropnia, dowodzi przypadek następujący:

III. D. 7. VII. 1910 zgłosił się na klinikę chłopak 10-letni, z objawami przewlekłego ropnego zapalenia ucha środkowego prawego, z ropniem poza uchem, obrzękiem powieki prawej. Podmiotowo ból głowy. Operacya doszczętna wykazała: cuchnącą ropę ponad wyrostkiem sutkowym, zniszczenie kości wyrostka sutkowego na bardzo rozległej przestrzeni; martwica kości sięga aż poza zatokę poprzeczną; zniszczenie całej ściany tylnej. Ku tyłowi, t. j. w kierunku móżdżku, musiałem oddłutować kość na znacznej przestrzeni, odsłaniając w ten sposób całą zatokę i część móżdżku aż do części zdrowych. W zatoce skrzep, który usunąłem i na tem zakończyłem zabieg operacyjny. Po kilku tygodniach, gdy rana wyglądała zupełnie czysto, wykonałem plastykę otworu pozausznego. Operowany opuścił klinikę jako zupełnie wyleczony. Zgłosił się dopiero d. 12. V. 1911, to jest w 10 miesięcy po pierwszej operacyi. Chory żali się na ból głowy, nudności, brak apetytu, bóle w uchu. Z tyłu poza uchem mała przetoka, jama pooperacyjna wypełniona ziarniną, przy badaniu zgłębnikiem czuć obnażoną kość. W kilka dni po przyjęciu chorego na klinikę, nagle wieczorem ciepłota podnosi się do 40°, występuje niedowład nerwu okoruchowego i twarzowego lewego; zresztą badanie fizyczne innych zmian nie wykrywa. W kilka godzin potem ciepłota opada poniżej poziomu prawidłowego, równocześnie z tem występuje zwolnienie tętna 60—66, rano zaś dnia następnego bolesność poza wyrostkiem sutkowym, objaw Brudzińskiego, Kerniga wybitny, brzuch wciągnięty, chwilami bredzenie. Wśród tych objawów rozlanego już zapalenia opon wykonałem zabieg operacyjny. Odsłoniłem na znacznej przestrzeni płat skroniowy mózgu, móżdżek. Opona twarda w miejscu odkrycia tylko nastrzykana. Kilkakrotne nakłucie płatu skroniowego, wreszcie nacięcie opony twardej i kilkakrotne wkłucie nożyka w tkankę mózgową bez wyniku. Tegoż samego dnia wieczorem chory zmarł wśród objawów rozlanego zapalenia opon. Sekcya (Prof. Gliński) wykazała: Ropne zapalenie opon miękkich, obfita ilość ropy na podstawie czaszki, nieznaczna na szczycie. Opony twarde w miejscu operacyjnego ich odsłonięcia poza lekkiem przekrwieniem innych zmian nie przedstawiają. W płacie skroniowym prawym jama rozmiękczynowa, wielkości małego jaja kurzego. Jama ta wypełniona jest skrzepem ciemno-czerwonym, zbitym, twardym, częściowo złączonym z tkanką mózgową.

Dlaczego w tym przypadku tak nakłucie jak i wbicie nożyka nie dało dodatniego wyniku, łatwo można z obrazu sekcyjnego zrozumieć.

Zarzut, iż operacya wobec rozlanego zapalenia opon była tu przeciwwskazana, byłby niesłuszny. O sprawie tej będę miał sposobność pomówić przy opisywanych przezemnie przypadkach t. zw. ostrego surowiczego zapalenia opon i mózgu (meningo-encephalitis serosa acuta).

IV. Chory 27-letni zgłasza się na klinikę d. 15. III. 1910 z objawami zapalenia opon. Badanie ucha wykazuje przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego lewego, obfitą ziarninę. Chory napół przytomny, chód jego bezładny (ataktyczny), bezład jednak nie o typie móżdżkowym, sztywność karku, tętno wahające się, raz przyspieszone do 120, to znów zwolnione do 66, objaw Babińskiego, Kerniga, ciepłota 38. Tegoż samego dnia wykonałem operacyę doszczętną, jednak poza sprawą ropną ucha środko-

wego i jamy sutkowej żadnych innych zmian nie znalazłem.

Odkryłem na znacznej przestrzeni móżdżek, płat skroniowy mózgu, naciąłem oponę twardą ponad stropem jamy bębenkowej, nigdzie atoli zmian nie zauważyłem. Chory zmarł trzeciego dnia po operacyi wśród objawów rozlanego zapalenia opon. Sekcya wykazała, co następuje: Pachymeningitis purulenta externa circumscripta ad os petrosum sin. Abscessus ichorescens lobi temporalis sin. cerebri. Leptomeningitis septico - purulenta diffusa. Tumor lienis subacutus. Bronchopneumonia catarrhalis disseminata partis postero-inferioris pulmonis utriusque.

Jama ropnia leżała w głębokości mniej więcej 1 cm od powierzchni dolnej płatu; była ona wielkości jaja kurzego, o ścianach strzępiastych, wypełniona cieczą posokowato-ropną.

V. Chory, lat 20, przeniesiony z oddziału wewnętrznego szpitala św. Łazarza z rozpoznaniem zapalenia opon. Chory nieprzytomny, mocz i kał oddaje pod siebie; kark sztywny, głowa w tył przechylona, źrenice bardzo szerokie, oddziałują leniwo, ciepłota podwyższona. W uchu lewem przewlekłe zapalenie ropne, bolesność wyrostka sutkowego. U chorego tego wykonałem operacyę doszczętną; poza zmianami w kości innych zmian nie zauważyłem. Objawy powyżej podane powoli ustępują, tak, iż w trzy tygodnie po operacyi stan chorego przedstawia się, jak następuje: Chory zupełnie przytomny, może zupełnie swobodnie chodzić po sali, tętno prawidłowe, oddziaływanie źrenic prawidłowe, sztywność karku zupełnie ustąpiła, ciepłota prawidłowa. Operowany czuje się zupełnie zdrowym, silnym, żali się tylko na szum w uchu lewem. Rana operacyjna goi się bardzo dobrze. Nagle wieczorem po upływie 6 tygodni od pierwszej operacyi występują powtórnie objawy zapalenia opon. Doradzono operacyę, rodzina atoli nie zgadza się na zabieg operacyjny. Trzeciego dnia śmierć wśród objawów rozlanego zapalenia opon.

Sekcya (Prof. Gliński) wykazała co następuje: Pachymeningitis purulenta interna in regione tegmenti tympani. Abscessus lobi temporalis sinistri cerebri. Leptomeningitis purulenta recens ad basim cerebri.

Półkula lewa powiększona, w środkowej części płatu skroniowego lewego ropień wielkości jaja kurzego, dotykający dolnej powierzchni częścią swego obwodu; w ropniu tym ropa zielonawa, gęsta, ciągnąca się; ściana ropnia strzępiasta, otoczenie rozmiękające, zasiane drobnemi wybroczynami.

W przypadku tym pierwsze objawy zapalenia opon wywołane były przez t. zw. surowicze zapalenie opon (meningitis serosa). Po usunięciu ogniska ropnego objawy te ustąpiły. Czy w chwili pierwszej operacyi istniał już ropień mózgu, trudno powiedzieć. Do ostatnich chwil życia chorego żadnych objawów wskazujących na ogniskowe zajęcie mózgu nie było, pomimo, iż ropień był dość znacznych rozmiarów. Obraz cierpienia, wśród którego chory zmarł, odpowiadał ropnemu zajęciu opon. Punktem wyjścia ropnego zapalenia opon musiał być uchyłek nadbębenkowy. Prawdopodobnie już w chwili pierwszej operacyi, drogą najprawdopodobniej żył, sprawa ropna przeszła na oponę twardą w okolicy stropu jamy bębenkowej. Sprawa ta rozszerzała się bezobjawowo aż do wywołania zapalenia opon miękkich. Pierwsza sprawa zapalna opon była surowicza, jakkolwiek rozlana, i ustąpiła; sprawa druga polegała już na ropnem, rozlanem zapaleniu opon miękkich.

Czy operacya, wykonana z chwilą wystąpienia pierwszych objawów zapalenia, byłaby powstrzymała sprawę zapalną, trudno powiedzieć. W tej mierze bardzo ważne usługi może nam oddać nakłucie lędźwiowe.

Z 4 przypadków ropnia móżdżku nastąpiło wyleczenie zaledwie w jednym przypadku.

Przypadki te pokrótce opisuję:

I. M. R., lat 6. Zgłosił się d. 21. VI. 1911. Badanie wykazało ostre zapalenie ropne ucha środkowego lewego, ropień ponad wyrostkiem sutkowym. W przebiegu operacyi okazało się przebicie wyrostka sutkowego, martwica kości na znacznej przestrzeni, ziarnina w jamie sutkowej i bębenkowej, ropień naokoło przetoki, sięgający daleko ku tyłowi, tak, iż musiano oddłutować kość ponad móżdżkiem na przestrzeni przeszło pięciokoronówki. W zatoce krew płynna. W trzy tygodnie po operacyi, pomimo iż rana operacyjna nie była jeszcze wygojona, rodzice zabrali dziecko do domu, oddając go tam w opiekę prawdopodobnie felczerowi. Zgłaszają się z niem w trzy miesiące. Badanie wykazuje wypadnięcie móżdżku na przestrzeni, odpowiadającej ubytkowi kości. Powierzchnia móżdżku wypadniętego zupełnie obnażona, pokryta wydzieliną brudno zielonawą, silnie cuchnącą, w wydzielinie tej całe masy larw much. Na szczycie powierzchowne warstwy móżdżku obumarłe, z głębi tej części, z jamy leżącej wśród móżdżku, przy ucisku, przez wązką przetokę wydobywa się cuchnąca ropa. Zdjęto część nekrotyczną najwięcej wypukloną móżdżku, założono gazę do jamy móżdżku. Równocześnie wykonano operacyę doszczętną ucha, przyczem okazało się, iż ponad obumarłym stropem jamy bębenkowej jest ropień zewnątrzoponowy; ropa w nim cuchnąca, obok tego masy serowate. Już po kilku opatrunkach wydzielina ropna z jamy móżdżkowej ustąpiła, jama się zamknęła. Część wypadnięta móżdżku oczyściła się, części obumarłe oddzieliły się, samo wypadnięcie jednak się zwiększyło. Po zupełnem oczyszczeniu się powierzchni wypadniętego móżdżku, leczono wypadnięcie uciskiem i przypalano lapisem »in substantia«. Przy tem leczeniu wypadnięcie ustąpiło. Chory, syn nieinteligentnych rodziców, nosi tylko gazę poza uchem. Właściwie wskazaną byłaby proteza stała, ze względu na możliwy uraz z następowem łatwem zakażeniem powierzchni i samej tkanki móżdżku.

Rozpoznanie ropnia wprost uderzało w oczy. Ropień ten wypełniał część wypadniętą móżdżku. Wał ochronny, który wytworzył się naokoło wypadniętej części, nie dozwalał na zakażenie części dalszych. Godne uwagi jest łatwe oczyszczanie się posokowato zakażonej tak warstwy powierzchownej móżdżku, jak i samego ropnia; zdawaćby się mogło, iż ropień taki powinien szerzyć się, wywołując coraz większy rozpad tkanki mózgowej.

II. W przypadku drugim, dotyczącym chłopca 6-letniego, ropień móżdżku krył się poza objawami ropnicy. Przyczyną ropnicy był ropny zakrzep w zatoce poprzecznej. Celem odsłonięcia ropnia okołozatokowego i otwarcia samej zatoki musiałem na dość znacznej przestrzeni odsłonić i móżdżek, przyczem drogą przetoki dotarłem do ropnia móżdżku, który szeroko otwarłem. Śmierć w dwa dni po operacyi wśród objawów ropnicy. Sekcya (prof. Gliński) wykazała co następuje: Abscessus haemisphaerii dextri cerebelli. Leptomeningitis acuta circumscripta. Thrombophlebitis ichorosa venae jugularis dextrae. Abscessus metastatici pulmonum.

Gdyby chory zgłosił się wcześniej, operacya powyższa mogła mu uratować życie; z chwilą wytworzenia się już ropni, i to licznych, w płucach, usunięcie pierwotnego ogniska już nie wystarczało, chory musiał uledz następstwom schorzenia zatoki poprzecznej.

III. Chory. 49-letni mężczyzna podaje, iż przed dwoma tygodniami, w następstwie lekkiego zresztą uderzenia w ucho, miało u niego wystąpić krwawienie z ucha, bóle, zawroty głowy, podwójne widzenie, zataczanie się. Objawów powyższych w chwili przyjęcia już nie można było stwierdzić, pozostało ropienie i krwawienie z ucha, ból w uchu. Otoskopia wykazała przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego lewego, dużego polipa w uchu środkowem. Przy operacyi doszczętnej zauważono tylko zmiany w kości. W kilka dni po operacyi występuje podwyższenie ciepłoty do 39·3, porażenie nerwu twarzowego po stronie ucha operowanego. Ranę całą powtórnie otwarto, odsłonięto zatokę poprzeczną, nacięto ją, jednak bez wyniku. Chory zmarł w 24 godzin po drugiej operacyi wśród objawów rozlanego zapalenia opon. Sekcya (prof. Ciechanowski) wykazała co następuje: Thrombosis sinus sigmoidei sinistri. Abscessus hemisphaerii sin. cerebelli. Encephalitis circumscripta ad lobum temporalem sinistrum. Leptomeningitis purulenta universalis. Pyocephalus levioris gradus. Pneumonia lobularis lobi inferioris pulmonis utriusque. Pleuritis fibrinosa dextra. Tumor lienis acutus.

Jama w móżdżku, wielkości orzecha laskowego, wypełniona była brudną, cuchnącą ropą; w otoczeniu jej wybroczyny.

U chorego z przewlekłem ropieniem ucha, utrudnionym odpływem ropy z powodu polipa i istniejącym już najprawdopodobniej ropniem móżdżku, pod wpływem urazu wystąpiło albo ostre zapalenie błędnika, albo też zaostrzenie zapalenia już istniejącego, lecz nie dającego objawów. Za tem, że przyczyną tych objawów nie był ropień móżdżku, przemawia nagłe wystąpienie powyższych objawów, powolne ustępowanie, co odpowiada zupełnie podrażnieniu błędnika. Uraz najprawdopodobniej wywołał zaostrzenie ropienia w błędniku. Objawy tego podrażnienia zapalnego błędnika powoli ustąpiły, sprawa atoli ropna z błędnika przeszła bezpośrednio na opony miękkie, wywołując z czasem rozlane zapalenie opon. Ropień móżdżku prawdopodobnie w chwili urazu już istniał, nie można atoli wyłączyć, że uraz nie był wprost jego czynnikiem etyologicznym. Za pierwszem przypuszczeniem przemawiają wybroczyny w ścianie otaczającej ropień, które mogły powstać pod wpływem urazu. Znalezienie tak małego ropnia w razie nawet zwrócenia uwagi w tym kierunku byłoby trudne. Wskazane atoli było w tych warunkach otwarcie błędnika, a mianowicie przewodów półkolistych. Otwarcia błędnika przy pierwszej operacyi nie wykonałem, gdyż wtedy objawów błędnikowych już nie było. Zresztą, jak wiadomo, zmiany nawet ropne w błędniku często ustępują z chwilą usunięcia ogniska pierwotnego.

Sprawa to zresztą jeszcze sporna, tem bardziej, iż otwarcie błędnika jest zabiegiem poważnym.

IV. Chorego tego przywieziono już zupełnie nieprzytomnego, umierającego, z objawami rozlanego zapalenia opon. Chory zmarł w dwie godziny po przyjęciu. O żadnym zabiegu operacyjnym oczywiście mowy nie było. Sekcya (prof. Ciechanowski) wykazała: Otitis media purulenta dextra, subsequente abscessu cerebelli et leptomeningitide purulenta basilari. W móżdżku ropień wielkości niemal kurzego jaja, o ścianach strzępiastych, zajmujący całą przednią część półkuli prawej i część prawą robaka górnego.

W dwu wreszcie przypadkach spotkaliśmy t. zw. powierzchowny ropień. Tę postać opisywano pod najrozmaitszemi nazwami, jako ograniczone ropne zapalenie opon, jako ropień powierzchowny lub korowy, jako ropień śródoponowy i t. d. Najprawdopodobniej w przypadkach tych mamy ropień śródoponowy, przyczem przychodzi do powierzchownego zropienia istoty korowej mózgu. W jednym z naszych przypadków był to ropień móżdżku, w drugim móżdżku i płatu skroniowego. Obaj chorzy zmarli. U obydwu poza rozległemi zmianami w kości był ropień zewnątrzoponowy (epiduralny), posokowaty zakrzep tak w zatoce, jak i w żyle szyjnej, rozlane zapalenie opon mózgowych, w innych narządach ciała przerzuty ropne.

Co do techniki operacyjnej ropni mózgu, to najpierw wykonywałem operacyę doszczętną ucha, potem dopiero poszukiwałem ropnia w mózgu. Ten sposób operowania nieraz może wprost doprowadzić do ogniska ropnego. Obok nakłucia próbnego wykonywałem po nacięciu opony twardej próbne wkłucie nożyka do mózgu. W razie rozpoznania lub przypuszczenia zakrzepu w żyle, otwarcie zatoki stanowiło ostatni punkt operacyi.

Niekorzystne do pewnego stopnia wyniki operacyi tłómaczą się ciężkiemi powikłaniami, nie dającemi się już usunąć, z drugiej strony przeważnie albo zupełnym brakiem objawów ropnia, lub też objawami tak niewyraźnymi, tak zakrytymi przez inne powikłynia, iż o określeniu siedziby cierpienia nie było mowy.

Do niedawnych jeszcze czasów zapalenie opon miękkich na tle cierpienia ucha uchodziło za cierpienie nieuleczalne. Z chwilą, gdy rozpoznano takie zapalenie opon, uważano chorego za straconego. Doświadczenie atoli pouczyło, iż istnieją pewne postacie tego tak groźnego cierpienia, w których rokowanie jest pomyślne, gdzie w odpowiednim czasie wykonany zabieg operacyjny może chorego uratować. Przedtem przypuszczano, że zapalenie opon miękkich wiedzie zawsze do nacieku ropnego, dopiero Quincke na podstawie nakłucia rdzeniowego wykazał, że czasem spotykamy inną postać zapalenia opon, przy której stwierdza się tylko zwiększenie ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, silniejsze nagromadzenie się tegoż płynu w komorach (t. j. t. zw. hydrops ventriculorum). Obraz tego cierpienia, zwanego surowiczem zapaleniem opon (meningitis serosa), nie jest zupełnie jasny. Cierpienie to znamy z jego przebiegu klinicznego i z obrazu, jaki spotykamy podczas operacyi. Ponieważ w niektórych przypadkach objawy cierpienia raz przemawiały za schorzeniem opon, drugi raz za schorzeniem samej tkanki mózgowej lub też były objawy zajęcia tak opon, jak i mózgu, przeto Körner przypuszcza, że prawie zawsze toczy się tu i sprawa zapalna opon i mózgu i cierpienie to zwie: »meningoencephalitis serosa«.

Rozpoznanie tego cierpienia jest bardzo trudne. Objawy raz będą odpowiadać ropnemu zapaleniu opon, kiedyindziej ropniowi mózgu. Bardzo ważnym czynnikiem w rozpoznaniu jest badanie płynu mózgowordzeniowego. Jeżeli u chorego z typowymi objawami zapalenia opon otrzymamy przy nakłuciu płyn jasny, o wysokiem ciśnieniu, wolny od prątków, to musimy myśleć o surowiczem zapaleniu opon (Heine). Ale i w tych przypadkach nie możemy wyłączyć ograniczonego ropnego zapalenia opon; zmiany w płynie byłyby wywołane działaniem toksyn. W każdym razie badanie płynu mózgowordzeniowego daje bezpośrednią wskazówkę do ewentualnej operacyi. Zwykle w tych przypadkach usunięcie ogniska pierwotnego w uchu wy-

starczy; w razie nagromadzenia się silniejszego płynu w komorach mózgowych wskazane jest ich nakłucie.

Typowym takim przypadkiem surowiczego zapalenia opon i mózgu (meningoencephalitis serosa) jest spostrzeżenie następujące:

D. 19. X. 1911 zgłosił się do kliniki neurologicznej prof. Piltza chłopiec 13-letni, syn dozorcy kopalni. Ojciec jego podaje, iż chłopiec d. 9. X. dostał napadu drgawek, które podobno rozpoczęły się od prawej strony ciała, potem objęły ręce, nogi i twarz. Podczas napadu i przez następne 4 godziny chory był zupełnie nieprzytomny. Od tego czasu po dziś dzień utrzymuje się niemota, niedowład ręki i nogi prawej, przyćmienie inteligencyi. Na klinice neurologicznej rozpoznano ropień płatu skroniowego strony lewej, ze względu na ropienie ucha lewego — na tle sprawy w uchu. Wobec tego odesłano chorego do kliniki laryngologiczno-otyatrycznej. Chory wszedł sam do kliniki, z chwilą atoli rozpoczęcia badania chorego wystąpiły drgawki. Obraz przedstawiał się, jak następuje: Chory zupełnie nieprzytomny, źrenice średnio i równomiernie rozszerzone, na światło nie oddziałują. Głowa przechylona w stronę prawą, gałki oczne zwrócone ku stronie prawej, drżenie oczu w kierunku poziomym. Drgawki toniczne obejmują kończynę górną i dolną lewą, gdy kończyny prawe, tak górna jak i dolna niedowładne, ręka prawa zwiesza się bezwładnie, obok tego drgawki mięśni twarzy obustronne, silniejsze po stronie prawej, niż po lewej, wzmożenie odruchu kolanowego po stronie prawej, niedowład w zakresie nerwu twarzowego prawego, język zbacza ku stronie prawej. Badanie uszu wykazuje po stronie lewej, objawy przewlekłego ropienia, brak błony bębenkowej, polip dość duży w przedniej górnej części jamy. Przy próbie cieplikowej, a mianowicie przy przestrzykiwaniu ucha lewego wodą o ciepłocie 20°, drżenie oczu, już przedtem istniejące, zwiększa się.

Wśród tych objawów, wobec ciężkości cierpienia, przystąpiłem odrazu do zabiegu operacyjnego (d. 20. X. o godz. 12. w południe). Operacya doszczętna wykazała tylko zmiany rozległe w kości. Odsłoniłem część skroniową mózgu na bardzo rozległej przestrzeni, ale opona twarda nigdzie nie przedstawiała zmian. Nacięcie opony twardej również nie wykazało żadnych zmian pod oponą twardą. Przy nakłuciu mózgu, które aż do $3^1/_2$ cm wgłąb w kilku punktach wykonałem, wydobyłem tylko około 2 cm płynu surowiczego, czystego, odpowiadającego zupełnie prawidłowemu płynowi mózgowordzeniowemu.

W kilka godzin po operacyi chory się przebudził przytomny, drgawek już zupełnie nie ma, utrzymuje się niedowład ręki i nogi prawej, oraz nerwu twarzowego. Ciepłota 36·4°, tętno 72—76. Niemota, i to ruchowa, następnego dnia po operacyi, t. j. 21. X., utrzymuje się, chory wymawia jedno słowo, t. j. »nie«. Rozumie wszystko, co się do niego mówi. Wykonane dnia tego nakłucie lędźwiowe wykazało limfocytozę.

D. 22. X. chory już niektóre wyrazy wymawia, objawy niedowładu nieco zaczynają ustępować.

D. 23. X. chory zaczyna powoli chodzić, chód jego atoli wyraźnie bezładny (ataktyczny), stopy zwrócone ku wewnątrz, przy chodzie wyraźna skłonność do upadania ku stronie lewej; jeszcze wyraźniej objaw ten występuje przy obracaniu się, przy zamkniętych oczach i staniu na nodze prawej. Objawy niedowładu powoli ustępują. Również zmniejsza się przytępienie, apatya chorego.

Objawy powyższe powoli ustępowały, tak iż po 6 tygodniach operowany opuścił klinikę zupełnie zdrowy.

Przypadek, powyżej opisany, byłby klasycznym przykładem surowiczego zapalenia opon i mózgu, z przeważającymi jednak objawami zmian w płacie skroniowym. Obok objawów silnego podrażnienia tkanki mózgowej istniały objawy porażne, które były wynikiem najprawdopodobniej nagłego zwiększenia się ciśnienia płynu mózgowordzeniowego.

Przy ropniach mózgu w jednym, a mianowicie V. przypadku ropnia skroniowego, rozpoznawałem również surowicze zapalenie opon i mózgu. Tu objawy były wybitniejnasze ze strony opon, obraz chorobowy odpowiadał rozlanemu zapaleniu opon. Objawy te po dokonanej operacyi doszczętnej całkowicie ustąpiły.

Ale nietylko t. zw. surowicze zapalenie opon jest uleczalne, uleczalne jest także zapalenie opon ropne. Przeważnie autorzy dzielą ropne zapalenie opon miękkich na ograniczone i rozlane. Nie ulega wątpliwości, że ograniczone ropne zapalenie opon miękkich mózgu jest uleczalne. Zwykle w pobliżu obumarłej kości powstają zmiany nietylko na zewnątrz opony twardej, jako t. zw. ropnie zewnątrzoponowe (epidural), ale i na wewnątrz rozwija się naciek ropny w przestrzeni podoponowej (subdural) i podpajęczynówkowej, tak iż w następstwie tego wytwarzają się t. zw. ropnie powierzchowne mózgu. W otoczeniu takiego ogniska ropnego wytwarzają się zlepy, zrosty. Sprawa zapalna atoli może każdej chwili przerwać tę tamę i rozlać się swobodnie na powierzchni opon.

Kliniczny obraz takiego ograniczonego zapalenia opon odpowiada zupełnie rozlanemu zapaleniu. Do objawów tej sprawy należą gwałtowne bóle głowy, nudności, wymioty, podwyższenie ciepłoty, zajęcie świadomości, niepokój, sztywność karku, drgawki, porażenia i t. d. I znów tylko badanie płynu mózgowordzeniowego może nam dać pewne wskazówki. Wysnuwanie wniosków z badania tego płynu w ostatnich czasach uległo pewnej zmianie. Gdy początkowo rozpoznanie ropnego zapalenia opon uważaliśmy za pewne, jeżeli płyn był mętny, ze zwiększoną ilością leukocytów, to obecnie wymagamy jeszcze znalezienia w płynie bakteryi. Okazało się bowiem, iż nawet w przypadkach, gdzie obdukcya nie wykazała żadnych zmian na oponach, płyn mózgowordzeniowy był prawie ropny. Znajdowano to w przebiegu niepowikłanych ropni mózgu, zakrzepów posokowatych zatoki lub żyły szyjnej. Oczywiście i znalezienie bakteryi niekoniecznie jeszcze jest stanowczym dowodem ropnego zapalenia opon; w jednym przypadku (Vossa) znaleziono bakterye w płynie przy ropniu mózgu, który przebił do komory bocznej, w drugim przy zakrzepie zatoki; w obu powyższych przypadkach sekcya nie wykazała żadnych zmian na oponach. Będą to atoli w każdym razie tylko wyjątki, za regułę można uważać, iż obecność bakteryi w płynie dowodzi ropnego zapalenia opon. Co do tego, czy to zapalenie opon jest rozlane, t. j. ogólne, czy też ograniczone, to i z tego badania pewnych wniosków wysnuwać nie można. Ogólnie się przyjmuje, iż w przypadku, gdzie płyn jest nietylko mętny, ale wprost ropny i zawiera bakterye i gdzie równocześnie istnieją ciężkie objawy kliniczne, to wtedy toczy się rozlane, ogólne zapalenie opon. Cierpienie to jest już nieuleczalne.

O dwu przypadkach, odpowiadających ograniczonemu zapaleniu opon, wspomniałem powyżej. Opisałem je jako ropnie powierzchowne mózgu. Następowe ogólne zakażenie, rozlane zapalenie opon były w tych przypadkach przyczyną śmierci. Jednakże wcześ operowane przypadki podobne, gdy jeszcze nie doszło do niedających się usunąć

powikłań, mogą dać rokowanie dobre. Dowodzi tego przypadek następujący:

Przypadek ten zawdzięczam kol. Prof. Lewkowiczowi. Dziewczynka 7-letnia przyjęta została do kliniki pedyatrycznej z objawami zapalenia opon. Za rozpoznaniem tem przemawiało i nakłucie lędźwiowe. W chwili przyjęcia stan był bezgorączkowy, a w dwa dni po przyjęciu ciepłota podniosła się do 39°. Badanie ucha wykazywało ropienie. Przyjmując związek etyologiczny pomiędzy obu cierpieniami, odesłał kol. Lewkowicz chorą do kliniki laryngologiczno-otyatrycznej. Badanie ucha prawego wykazywało, co następuje: Błona bębenkowa zniszczona, w uchu środkowem ziarnina i skąpa ilość ropy, wyrostek sutkowy przy ucisku bolesny. Objaw Kerniga bardzo wyraźny, sztywność karku, ciepłota 39°. Operacya doszczętna, którą wykonałem zaraz po przyjęciu chorej, wykazała w jamie sutkowej obfitą, cuchnącą ropę, komórki wyrostka szarozielonawe, wypełnione ropą, martwica kości rozległa, ropień okołozatokowy, ściana zatoki zgrubiała, czerwonawa, gdzieniegdzie pokryta strzępami włóknika. Opona twarda, brudno-zielonawa, rozłazi się pod palcem, rwie się w strzępy; w zatoce skrzep, który usunięto.

Już tegosamego dnia stan był bezgorączkowy, w przeciągu kilku zaś dni ustąpiły objawy zapalenia opon; nakłucie lędźwiowe zmian w płynie już nie wykazywało.

W przypadku tym istniał ropień zewnątrzoponowy i zakrzep w zatoce. Wobec zgorzelinowego rozpadu opony twardej przyjąć musimy i zmiany zapalne opon miękkich, najprawdopodobniej ograniczone zapalenie ropne, które przechodziło na części dalsze, jako zapalenie surowicze. Wprawdzie i ropień zewnątrzoponowy może wywołać sztywność karku, jednak nie wywoła on zmętnienia płynu mózgowordzeniowego. Obok zapalenia ropnego opon na bardzo ograniczonej przestrzeni rozpoznaję w tym przypadku także ograniczone surowicze zapalenie części dalszych opon, szybkie bardzo ustąpienie objawów zapalenia opon łatwo w ten sposób da się wytłómaczyć.

Przypadków podobnych znalazłoby się więcej; w przypadkach posokowatych zmian opony twardej nieraz równocześnie musiały istnieć i ropne ograniczone zmiany opon miękkich, które atoli po usunięciu ogniska pierwotnego mogły ustąpić.

Z kliniki laryngologicznej Prof. Dra P. Pieniążka w Krakowie

Przypadek ciała obcego w gardle i krtani

podał

A. Pachoński

W dniu 12. kwietnia 1912 r. przyniesiono do kliniki dziewczynkę Wiktoryę G., liczącą blizko $2^1/_2$ lat, a pochodzącą z W. w Królestwie Polskiem.

Towarzysząca dziecku matka opowiedziała, że choroba rozpoczęła się przeszło 7 miesięcy temu w ten sposób, iż dziecko wiele kaszlało i krztusiło się przy piciu. Leczono chorą przez cały czas coraz gdzieindziej lekami, podawanymi wewnętrznie na jakiś »zaziębiony katar«, a dziecko tymczasem biedniało i wysychało. W pierwszych trzech miesiącach dziecko charczało silnie, robiło klatką piersiową, ale mogło jeszcze spać leżąco, później zaś mogło spać tylko siedząco, prawie na czworakach, przy pochyleniu głowy w dół i przed siebie i tak przebyło całe miesiące aż do chwili przyjazdu do kliniki.

W chwili przyjęcia duszność bardzo duża. Dziecko ma głowę pochyloną w dół do przodu i całe trzyma się zgięte ku przodowi. Cera ogromnie blada, ziemista; twarzyczka maleńka o skórze pomarszczonej, jakby u wiekowej staruszki. Skrzydełka nosowe rozchylają się silnie, a przez pracę oddechową wszystkich mięśni pomocniczych porusza się dziecko za każdym oddechem na rękach matki.

Chorą przyniesiono do kliniki wieczorem. Przywołany z miasta, po jednym rzucie oka musiałem zdecydować operacyę — rozcięcie tchawicy, mimo, że jeszcze zupełnie nie znałem przyczyny tej ogromnej duszności. Uderzało mię w tym kierunku najwięcej charczenie, które charakterem swym nasuwało odrazu myśl o zwężeniu gardłowego odcinka górnych dróg oddechowych — (stenosis pharyngis). Odkryłem plecy — garbu niema; kręgosłup nie przedstawia zmian; pojedyncze kręgi nie są bolesne. W gardle ściana tylna blada, błona śluzowa cienka, nie wypuklona, ściany boczne wklęsłe. Wprowadzam palec do dolnego odcinka gardła i dopiero teraz cała sprawa się wyjaśnia.

Na ścianie tylnej gardła, nieco powyżej i tuż poza wejściem do krtani, wyczuwa się guz wielkości połowy dużej śliwki lub orzecha włoskiego, w którym tkwi jakieś obce ciało, blacha, drut, czy ogniwo łańcucha. Koniec wolny tegoż ciała, nagięty, wchodzi do krtani. Bardzo znaczna duszność, która za każdem wprowadzeniem palca zmienia się na bezdech, nie pozwala na dłuższe i dokładniejsze badanie, które musi się ograniczać tylko do bardzo krótkich i szybkich dotknięć, niezbędnych dla zoryentowania się, nie pozwala zaś tem mniej na próby wyjęcia, przy których obok palca musiałoby się wprowadzić jeszcze i jakiekolwiek narzędzie.

W bardzo lekkiem uśpieniu chloroformowem wykonałem rozcięcie górne tchawicy i po wprowadzeniu kaniuli podjąłem próby usunięcia ciała obcego przez usta. Tu napotkałem jednakowoż znaczne trudności. Ciało obce było tak silnie wklinowane i obrośnięte, że delikatne przyrządy, używane do zabiegów śródkrtaniowych, wyprostowywały się, a ciało obce nie ruszało się z miejsca, w którem tkwiło; inne rozporządzalne narzędzia, silniejsze wprawdzie, ale o niedostatecznem wygięciu, czyniły długie próby i nawet forsowne stosowanie siły—bezskutecznemi. Wykonałem więc przecięcie całej krtani i dopiero po skombinowaniu działania narzędzi przez ranę i przez usta powiodło się usunąć ciało obce, złamane przytem na dwie części. Okazało się, że była to zapinka od paska spodni, t. zw. konik. Haczykiem tkwiła ona w krtani, wolnemi zaś oczkami w guzie nacieku na tylnej ścianie gardła.

Zabieg ukończyłem wprowadzeniem tamponu do krtani dla zapobieżenia zachłystywaniu się i szwami.

Dziecko blizko $2^1/_2$-letnie było tak wygłodzone i długiem cierpieniem wyniszczone, że zważone w cztery dni później miało ciężar 7100 gramów, czyli co najmniej 4 kg mniej, niż średnia waga w tym wieku.

Bezpośredniem następstwem długotrwałego pozostawania ciała obcego w krtani, a bezsprzecznie także i trudnego usunięcia go, był silny odczyn w postaci obrzmienia, z powodu którego upłynęło kilka miesięcy, nim w krtani można było stwierdzić lusterkiem, wprowadzanem od strony przetoki, wąziutkie światło i nim dziecko mogło przeciągać choć z trudem powietrze drogą naturalną. Następowe zwężenie ziarninowe krtani, wymagające żmudnego leczenia (kauteryzowanie, usuwanie ziarniny drogą krwawą, rozciąganie czopkami Thosta i t. p.), i zwiotczenie tylnej ściany tchawicy, która przy każdej próbie usunięcia kaniuli wypadała w postaci grubego fałdu podłużnego, były dalszym powodem odwlekania się trwałej dekaniulacyi. Kiedy po cierpliwem stosowaniu wspomnianego wyżej postępowania uzyskano trwałe szerokie światło krtani tak, że dziecko mogło już miesiącami oddychać swobodnie dzień i noc przy kaniuli zatkanej korkiem, nastała odpowiednia chwila dla dekaniulacyi.

O głuchocie histerycznej.

Napisał
Rafał Spira.

Osłabienie zdolności słuchowej może być przyrody organicznej albo czynnościowej. Odróżnienie to jest tem ważniejsze, że tak samo leczenie, jak również rokowanie zależne jest właśnie od pochodzenia choroby. W cierpieniach organicznych staramy się w pierwszym rzędzie, o ile to możliwe, usunąć zmiany chorobowe, bądźto przez zabiegi operacyjne, bądź też zapomocą środków wewnętrznych, natomiast w chorobach przyrody czynnościowej usiłujemy działać na ogólny nastrój nerwowy różnymi sposobami i leczeniem psychicznem. Gdy w zmianach organicznych, wywołujących głuchotę nerwową, rokowanie co do przywrócenia czynności jest przeważnie niepomyślne, to w chorobach czynnościowych częściej można się spodziewać przywrócenia prawidłowej sprawności słuchu.

Wśród zmian czynnościowych narządu słuchowego wewnętrznego lub ośrodków słuchowych niepoślednią rolę odgrywa głuchota histeryczna. Choroba ta może istnieć obok histeryi ogólnej lub objawów histerycznych w innych częściach ciała. Rzadziej objawy histeryi ograniczają się do samego narządu słuchowego.

Histerya narządu słuchowego może objawić się w różnej postaci. Odróżniamy: 1) histeryczne zaburzenia czynności słuchowej — (nieczułość, przeczulica słuchowa), 2) zaburzenia czucia w obrębie skóry ucha zewnętrznego i błony bębenkowej, 3) rwę uszną przyrody histerycznej, 4) zaburzenia naczynioruchowe, jak krwawienie z ucha.

Najważniejszem z tych zaburzeń jest upośledzenie słuchu. Zmiana ta może wystąpić obok innych objawów histerycznych ogólnych lub miejscowych (znieczulenia ogólne, niemota i inne). Rzadko głuchota nerwowa stanowi jedyny objaw histeryi. Ze względu na to, że ta postać chorobowa najmniej jest znana, że najtrudniej ją rozpoznać i że najczęściej bywa brana za inne choroby uszne, uważam za stosowne zwrócić na nią uwagę i zapoznać z nią szersze koło kolegów.

Choroba ta była wprawdzie już znana w starożytności, liczniejsze i dokładniejsze o niej szczegóły zawdzięczamy jednak dopiero dziełu Briqueta z r. 1859. Później cierpienie to było przedmiotem dokładnych badań i poszukiwań Charcota, Gradenigo i i.

Co do siedziby choroby, to wiele objawów przemawia za tem, że chodzi tu o sprawę ośrodkową, względnie korową, jak przerzucanie się objawów (t. zw. »transfert«, patrz niżej), wyleczenie po przyłożeniu monety złotej, wpływ poddawania, nagłe powstawanie i nagłe znikanie choroby i t. p.

Co do istoty choroby zdania są różne, podobnie jak co do istoty histeryi ogólnej, przeważa jednak zdanie, że chodzi tu o wyczerpanie nerwowe lub o stan roztargnienia nerwowego, w którym chorzy łatwo ulegają wpływom poddawania lub samopoddawania. Wszyscy jednak autorzy zgadzają się na to, że niema w tej chorobie mowy o żadnej zmianie organicznej we włóknach lub komórkach nerwowych.

Wśród przyczyn odróżniamy przyczyny usposabiające i wywołujące. Pierwszemi są pewna wrażliwość, usposobienie swoiste, bądź to ogólne, bądź to miejscowe. Miejscowe usposobienie uwarunkowane jest przez niektóre, aczkolwiek lekkie zmiany chorobowe narządu słuchowego, który przez to staje się »miejscem mniejszej odporności«, oddziałując, zwłaszcza przy równoczesnem usposobieniu lub obciążeniu nerwowem, w nerwowej swojej części już na nieznaczne czynniki wywołujące. Zmiany te organiczne mogą jednak być tak nieznaczne, że łatwo uchodzą uwagi i nie odgrywają w obrazie chorobowym żadnej roli wobec wybitnych zaburzeń czynnościowych. Usposobienie ogólne znajdujemy u osób nerwowych, dziedzicznie obciążonych, wyczerpanych lub dotkniętych histeryą ogólną.

Przyczyny wywołujące mogą być wewnętrzne i zewnętrzne. Do pierwszych należą różne choroby zakaźne i ostre, przedewszystkiem zimnica, dalej pierwsze wystąpienie miesiączki, nadmierne zmęczenie umysłowe (Toynbee), cukromocz (Merill), odruchy nerwowe (wskutek n. p. obecności glist), dalej wzruszenia psychiczne, jak strach i t. p. Przyczyny zewnętrzne mogą stanowić urazy fizyczne; nawet bardzo nieznaczne urazy mogą wywołać u osób usposobionych bardzo znaczne zaburzenia czynności słuchowej (Urbantschitsch). Jednakże najgłówniejszym czynnikiem działającym przy urazie jest strach, który może wywołać histeryczne zmiany słuchu u osoby nerwowo usposobionej, nawet będącej tylko świadkiem nieszczęśliwego wypadku. Do przyczyn zewnętrznych zaliczyć należy także »zakażenie moralne« i samopoddawanie przez naśladowanie otoczenia. Wszakże znane są w piśmiennictwie przykłady epidemicznie występującej histeryi na tle takiego »zakażenia«.

Upośledzenie słuchu pochodzenia histerycznego zdarza się znacznie częściej u kobiet (zwłaszcza podczas miesiączki), niż u mężczyzn, jak histerya wogóle. Stosunek częstości u obojga płci podają jak 3 : 1.

Najważniejszym objawem tej choroby jest różnie długi czas utrzymujące się upośledzenie słuchu rozmaitego stopnia aż do zupełnej głuchoty. Badanie bystrości słuchu wykazuje wszystkie znamiona zaburzenia czynności narządu przyjmującego głos. Strojnik, brzmiący na środku czaszki, słyszy chory lepiej po stronie zdrowej lub mniej zajętej (Weber po stronie zdrowej). Strojnik przy uchu słyszy chory lepiej, niż od wyrostka sutkowego (próba Rinnego wypada dodatnio). Przewodnictwo fal głosowych przez kości czaszki jest obniżone dla wszystkich tonów. Chodzi tu zatem o przytępienie nerwowej czynności słuchowej, dochodzącej nieraz do zupełnej głuchoty. Niedosłyszenie może być jednostronne lub obustronne, różnego stopnia i dla wszystkich źródeł głosu lub ograniczone tylko dla tonów, dla głosu ludzkiego lub dla tykotania zegarka.

Objawów podmiotowych słuchowych często brak. Przeważnie brak również objawów zawrotowych. Objaw ten tłómaczy Gradenigo tem, że włókna nerwu ślimakowego na drodze do narządu ośrodkowego odłączają się od włókien nerwu przedsionkowego. Istniejące równocześnie objawy zawrotowe i wrażenia słuchowe podmiotowe mogą pochodzić albo od równoczesnych zmian organicznych w uchu, albo od nerwowego podrażnienia narządu przedsionkowego, względnie ślimakowego.

W ten sposób otrzymujemy obraz chorobowy, właściwie nie różniący się w głównych objawach od organicznej choroby błędnika usznego. Do odróżnienia od choroby organicznej służą następujące wskazówki: 1) Przeciwieństwa

między podaniami chorego, a wynikami badania przedmiotowego. 2) Wykluczenie głuchoty organicznej na podstawie wywiadów i badania. 3) Zachowanie się chorego. 4) Różne nierówne wyniki badań, przeprowadzanych w różnych czasach. 5) Częste lepsze słyszenie podczas odwracania uwagi chorego przez pilne zajęcie innym przedmiotem. 6) Rodzaj niedosłyszenia. W celu rozpoznania histerycznej przyrody choroby powinno się uwzględnić ogólny stan chorego, przebieg choroby, czynniki przyczynowe, przeciwieństwa w wynikach badania i wpływ pewnych sposobów leczenia. Mając przed sobą chorego z upośledzeniem słuchu natury nerwowej, należy przedewszystkiem śledzić za przyczyną. Gdzie istnieją inne objawy histeryi, powinno się zwrócić uwagę w tym kierunku, względnie na ewentualnie istniejące ograniczenie pola widzenia, zaburzenie w obrębie innych zmysłów, węchu, czucia i t. p. Nagłe powstanie głuchoty, bądź to w typowym napadzie histerycznym, bądź to w krótszy lub dłuższy czas po silnem wrażeniu psychicznem lub też po urazie fizycznym, połączonym z wielkim przestrachem lub z silnem wstrząśnieniem nerwowem bez innych objawów organicznego uszkodzenia błędnika, przemawia za histeryą. Przypuszczenie to staje się tem prawdopodobniejszem, jeżeli równocześnie powstały inne zaburzenia czynnościowe, jak niemota.

Dokładniejsze badanie wykazuje często, że chory lepiej słyszy silnie tykoczący zegarek, niż szept, jeżeli odległość słuchu dla szeptu wynosi mniej, niż 5 metrów. Jeżeli chory słyszy szept dalej, niż na 5 metrów, wtedy słyszy zegarek gorzej. To zachowanie się słuchu jest dla rozpoznania tem ważniejsze, że w organicznych chorobach ucha wewnętrznego stosunek ten jest odwrotny i chory słyszy zegarek wogóle gorzej. Takie przeciwieństwa, jak wysokiego stopnia upośledzenie słuchu dla tonów strojnika obok dobrego słuchu dla zegarka, albo znaczne obniżenie przewodnictwa kości dla tonów strojnikowych obok dobrego przewodnictwa kości dla zegarka, są cechujące dla histeryi akustycznej. Objaw ten należy tłómaczyć, według Hammerschlaga, jako wyraz nadmiernej wyczerpalności czynnościowej chorego nerwu słuchowego dla słabnących nieprzerwanie tonów (strojników).

Ważny szczegół rozpoznawczy stanowi też uderzająca zmienność stopnia niedosłyszenia, wahającego się w różnych dniach, czasem w bardzo znacznych granicach, bez żadnej przyczyny lub pod wpływem czynników, działających tylko na wyobraźnię, względnie psychicznie. Dalej, gdy w nagle powstałej głuchocie z przyczyn organicznych pobudliwość elektryczna błędnika jest zwykle wzmożona, to w czynnościowem nagle powstałem przytępieniu słuchu znajdujemy odwrotnie obniżenie tej pobudliwości. Innym ważnym objawem, odróżniającym głuchotę histeryczną od organicznej, jest nagłe powstanie choroby obok braku napadów zawrotu głowy i wrażeń słuchowych podmiotowych, których w nagle występującej głuchocie organicznej, jak przy kile i szczególnie po uszkodzeniu urazowem, nigdy nie brak.

Równocześnie istniejące znieczulenie skóry przewodu ucha zewnętrznego, małżowiny usznej, błony bębenkowej, krwawienie zastępcze z ucha, stanowią dalsze ważne wskazówki rozpoznawcze dla tej choroby.

Najwięcej wpadającą w oczy i znamienną cechą głuchoty histerycznej jest wrażliwość na poddawanie, na wpływy

psychiczne (suggestibilitas), objawiająca się najjaskrawiej w t. zw. przerzucaniu się objawów (tranfert). Objaw ten polega na tem, iż przy jednostronnej chorobie można przez przyłożenie magnesu lub kawałka kruszcu na chorą stronę sprawić, że wszystkie objawy chorobowe przechodzą na drugą zdrową stronę, znikając po stronie chorej, co może uchodzić za najlepszy dowód, że chodzi tu nie o jakieś zmiany anatomiczne, a tylko o zaburzenie czynnościowe.

Rokowanie w tej chorobie jest w ogólności dobre, zwłaszcza w przypadkach świeżych. Choroba ustępuje nieraz, jak powstała, nagle bez żadnej przyczyny lub pod wpływem psychicznym samopoddawania i t. p. Nawroty głuchoty histerycznej są rzadkie.

Przy leczeniu należy o tem pamiętać, by nie zwracać zbytniej uwagi na środki i sposoby działające miejscowo. Takie bowiem postępowanie mogłoby, wzmacniając przekonanie podmiotowe chorego o istnieniu zmiany organicznej w uchu, stan tylko pogorszyć. Natomiast główną uwagę kierować należy na leczenie ogólne i psychiczne. Poddawanie, miesienie oraz różne sposoby leczenia elektrycznego mogą wywrzeć wpływ bardzo skuteczny i chorobę wyleczyć. Przy elektryzowaniu przykłada się katodę na skrawku, anodę na karku lub na dłoni. Prąd galwaniczny powiększa się powoli do 8—10 M. A. przez 5, później 10 minut i podczas posiedzenia zmienia się często kierunek prądu. Czasem zabiegi pozorne, jak przykładanie monety złotej lub kawałka kruszcu do małżowiny, wlewanie rtęci do zewnętrznego przewodu ucha, upuszczenie krwi, udawanie zabiegów chirurgicznych, wprowadzenie cewnika do trąbki usznej i t. p., mogą sprawić ustąpienie wszystkich objawów histerycznych. Obok tego na miejscu są środki skrzepiające ogólne, rozrywki, podróże, zmiana otoczenia, zmiana powietrza i t. p.

Zdarzają się też przypadki, w których choroba opiera się wszelkim sposobom leczenia, a potem ustępuje nagle, jak pod działaniem różdżki czarodziejskiej, pod wpływem przypadkowego, niezamierzonego, niespodziewanego wrażenia psychicznego, wzruszenia, upadnięcia, urazu itp.

Pouczający i ciekawy przypadek podaje włoski autor Fiori-Ratti: 14-letni chłopiec, syn histerycznego ojca, który przebył kiłę, i matki, która 2 razy poroniła, nagle bez wiadomej przyczyny obustronnie zupełnie ogłuchł. Badanie otoskopowe wykazało ślady przebytego nieżytu ucha środkowego. Pole widzenia ograniczone, odruch rogówki leniwy, dermografia. Czucie skórne, szczególnie w okolicy małżowiny usznej, zewnętrznego przewodu ucha i błony bębenkowej, obniżone. Zbadanie układu nerwowego wykazało histeryę. Stan ten nie uległ zmianie, aż chory razu jednego pod wpływem strachu przed operacyą, której, jak mu się zdawało, miał być poddany, nagle słuch po obu stronach odzyskał. Później opowiedział, że tam, gdzie mieszkał, kilku jego przyjaciół w równy sposób zostało dotkniętych nagłą utratą słuchu, który u nich po dwóch miesiącach sam powrócił. Chodziło zatem o przypadek histerycznej głuchoty,

powstałej na podstawie zakażenia moralnego, któremu szczególnie dzieci łatwo ulegać mogą mocą właściwego im popędu do naśladowania.

Przypadek ten sam przez się nasuwa ważne wskazówki co do kierunku, w którym leczenie tej choroby kroczyć powinno.

II. Zjazd internistów polskich we Lwowie

w dniach 21. i 22. lipca 1914.

W przeddzień Zjazdu o 9. wieczór zebranie koleżeńskie w hotelu Georgea. Zjazd rozpocznie się 21. VII. o godz. 8 rano w klinice lekarskiej (ul. Pijarów l. 4); referat główny: Moczówka cukrowa (referenci Jakowski i A. Landau z Warszawy). Drugi dzień Zjazdu, rozpocznie w zakładzie anatomii patologicznej (ul. Piekarska 52) drugi referat główny: Sztuczna odma piersiowa przy leczeniu gruźlicy płuc (referenci: Dłuski z Zakopanego i Sterling z Łodzi). Zapowiedziane na Zjazd wykłady podaliśmy w poprzednich zeszytach »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące

Kraków. Neurolodzy i psychiatrzy krakowscy odbyli w Krakowie w klinice neurologiczno-psychiatrycznej szereg posiedzeń naukowych w dniu 5, 26 marca, 7 kwietnia i 9 czerwca, na których dr Borowiecki demonstrował psy z uszkodzeniem konaru mózgu i psy z uszkodzeniem móżdżku; prof. Piltz miał odczyt o homologicznej dziedziczności w przypadkach natręctw myślowych; dr Rose podał wyniki swych badań nad lokalizacyą histologiczną w przedmóżdżu ptaków. W dyskusyach zabierali głos: doc. dr Mazurkiewicz, dr Rose, dr Rogalski, dr Borowiecki, prof. Kader, prof. Cybulski, prof. Godlewski, dr Nunberg, dr Blassberg, prof. Piltz. Oprócz tego omawiano sprawę III. Zjazdu neurologów, psychiatrów i psychologów polskich we Lwowie.

Na tychże posiedzeniach postanowiono założyć Towarzystwo neurologiczno-psychiatryczne w Krakowie w celu rozbudzenia i szerzenia ruchu naukowego w zakresie neurologii i psychiatryi, z uwzględnieniem pokrewnych gałęzi wiedzy, działalności w kierunku podniesienia opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi, zbliżenia i zespolenia interesujących się powyższemi zadaniami dla wspólnej pracy. W tym celu wybrano odpowiednią komisyę, która po wypracowaniu statutu zajęła się wprowadzeniem w życie powziętego postanowienia.

Warszawa. Sanatoryum w Rudce (koło Warszawy) poszukuje od d. 15 lipca II asystenta. Warunki: mieszkanie z całkowitem utrzymaniem oraz 60 rubli pensyi miesięcznej. Zgłoszenia przyjmuje dyrektor Sanatoryum Dr Stanisław Gałecki, p. Mrozy, gub. Warszawska Król. Polskie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.